Nr. 24. 14. czerwca 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. Wacław SEIDL. Lwów.

Najnowsze prądy w wodolecznictwie w leczeniu zaburzeń krążenia.

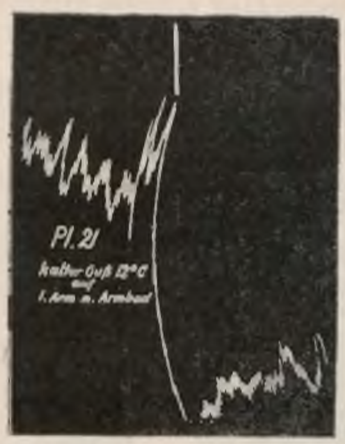
Jeżeli wodolecznictwo dotychczas, pomimo swego dawnego istnienia i wcale bogatego piśmiennictwa we wszystkich europejskich językach (nie mówiąc o Vedach Sanskrytu), nie stało się ważną częścią ogólnego lecznictwa, to przyczyna tego leży, jak słusznie podnosi Żminiewicz 1), jeden z niewielu polskich wodoleczników, szukających nowych dróg, w „niedomaganiu samych podstawowych pojęć“. Wprawdzie Winternitz 2) starał się lecznictwu temu, które polegało przedtem, jak wyraża się Kowalski 3), na „bardzo surowym empiryźmie“ nadać charakter kliniczny, naukowy i usystemizował je w najdrobniejszych szczegółach, to jednak w ciągu lat 50-ciu nikt nie zadał sobie poważniejszego trudu — jego twierdzenia, wnioski i metody skontrolować, uzupełnić, udoskonalić. A jednak każdy z nas praktyków wodoleczniczych spotykał się stale z zawodami w wykonywaniu tych metod. Zarzucał je i zmieniał intuicyjnie, doznając najczęściej niepowodzeń w stosowaniu zabiegów zimnych, szczególnie u chorych z zaburzeniami krążenia — o ile ich wogóle nie zaniechał w przypadkach odnośnych.

Dopiero prace Hauffego 4), oparte na dwudziestokilkoletnich klinicznych badaniach i olbrzymim materjale 180.000 zabiegów, wykazały przyczynę błędów dotychczas popełnianych.

Jak wiadomo, wykonawstwo wodolecznictwa polega na prawie Dastre-Morata, na owem prawie o „przeciwieństwie obwodowo-trzewiowem“, które głosi: „Rozszerzeniu naczyń w obwodzie — odpowiada zwężenie naczyń jamy brzusznej“ — i naodwrót.

Winternitz w systemie swoim przestrzegał ściśle, chcąc dostosować wodolecznictwo do powyższego prawa, — tak zwanej „reakcji“ na zabieg, t. j. zaczerwienienia skóry na powierzchni ciała, poddanej zabiegowi, — licząc, że w ten sposób osiąga rozszerzenie naczyń krwionośnych obwodu.

Tymczasem najnowsze badania wykazują, że naczynia włoskowate skóry posiadają bardzo wielką autonomię, że rozszerzają się lub zwężają pod wpływem bodźców w drodze znacznie krótszego łuku odruchowego, niż głębiej położone naczynia wśród mięśni i kości.

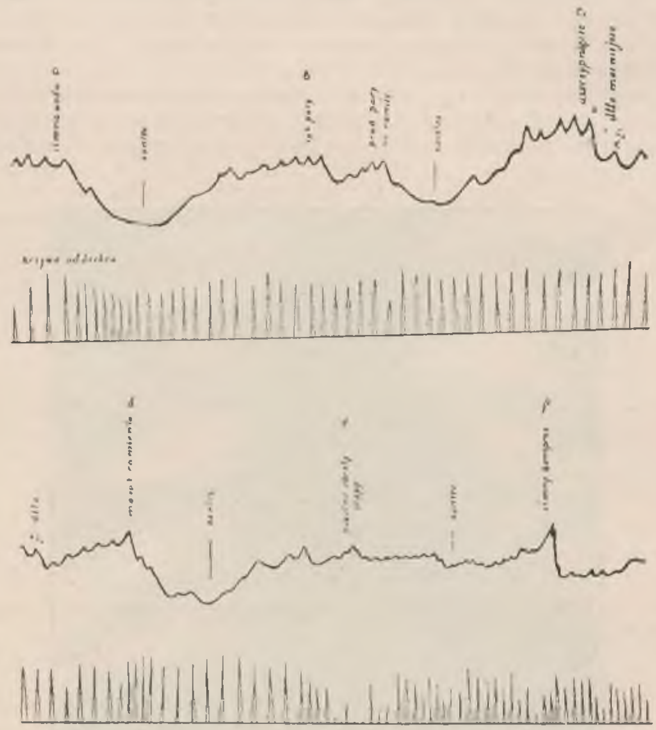


Ryc. 1.

Niezawisłość tę kapilarów od tętnic i centralnego układu nerwowego stwierdza już Sabatowski w roku 1926. 5).

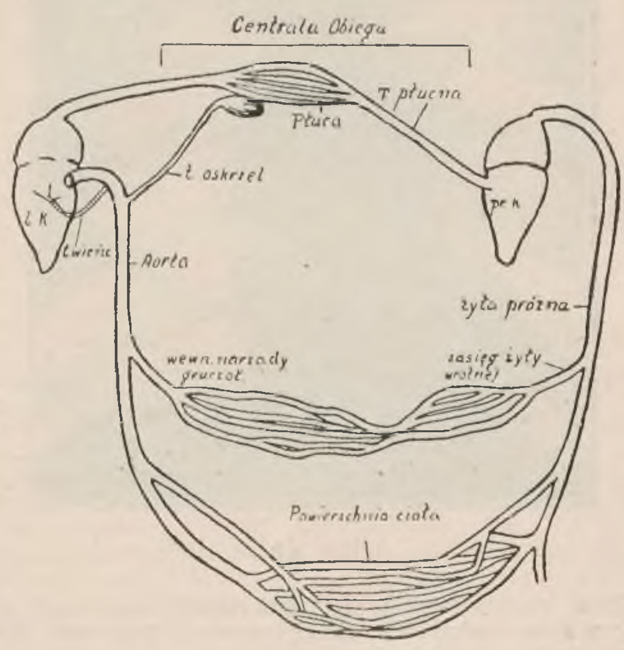
Okazuje się, że przy rozszerzonych naczyniach włoskowatych, naczynia głębiej położone mogą być wybitnie zwężone. Z rozszerzenia tych naczyń, czyli zaczerwienienia skóry po zabiegu, — nie można wnosić więc, że zachodzi uzasadnienie do zastosowania prawa Dastre-Morata.

Jeżeli bowiem udowadnia się, że zabieg zimny, udzielony według wszelkich reguł dotychczas obowiązujących — a więc krótko, ostro, — a o ile to jest natrysk, pod ciśnieniem aż do trzech atmosfer, aby wywołać ową tak pożądaną Winternitzowską reakcję, t. j. zaczerwienienie skóry — wywołuje jednak skurcz naczyń głębiej położonych, — to zabieg ten nie powoduje przewidzianego przez W. odruchu, t. j. zwężenia naczyń wewnętrznych, odkrwienia jam ciała, lecz odwrotnie, — powodując zwężenie obwodowych naczyń (prócz kapilarów), — utrudnia obieg krwi, powoduje zahamowanie krążenia, cofanie się niejako



Ryc. 2.

krwi w odwrotnym kierunku, w kierunku serca, utrudniając mu pracę, powodując gromadzenie się krwi nietylko w jamach ciała, lecz też w małem kole obiegu, zaleganie jej w płucach i w sercu. (Ryc. 1, 2, 10, 12).



Ryc. 3.

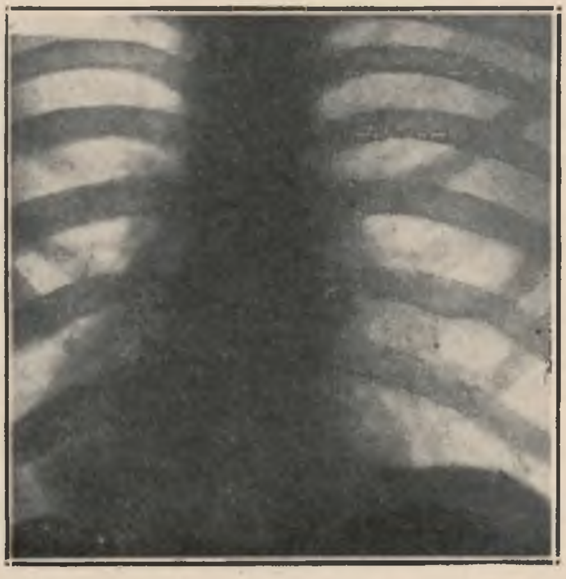
Okazuje się jednak, że nietylko bodziec zimny — lecz także ostry bodziec gorący — wywołuje chwilowo identyczne skutki, t. j. zwężenie w obwodzie naczyń większych, głębiej leżących — pomimo mocnego rozszerzenia się kapilarów. (Ryc. 11 i 13, p. 1. 5. i 2. 4.).

Okazuje się dalej, — że k a ż d y b o d z i e c o s t r y — skierowany na ciało, na skórę, czy mięśnie, wywołuje zwężenie głębszych naczyń krwionośnych. Czynią to mięsienie, ruch, praca mięśni. (Ryc. 2).

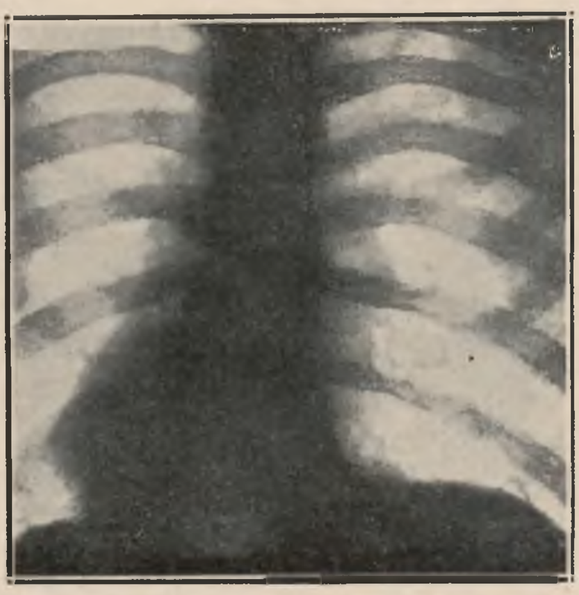
W polskiem piśmiennictwie O r ł o w s k i 6) przestrzega przed rozległem mięsieniem w niedomogach serca — a S a b a t o w s k i w jednym z wykładów krynickich przytacza E i c h e n b e r g a, który stwierdził, że „w masowanej kończynie dopływ krwi nie ulega prawie żadnym zmianom". Nie wywołuje więc oczekiwanego powiększenia dopływu, a my możemy stwierdzić na sfigmogramach że nawet naodwrót, wywołać może zmniejszenie dopływu krwi. (Ryc. 2 d).

Nie będziemy rozważać następstw, wynikających z odkrycia działania bodźców ostrych na krążenie dla całego systemu wodolecznictwa, ale ograniczymy się do tematu, do stosunku jego do zaburzeń w krążeniu.

Posłużymy się w tym celu szkicem krążenia (Ryc. 3) dla unaocznienia stosunków w niem. (Przeważna część szkiców i wykresów pochodzi z H a u f f e g o „Physiologische Grundlagen d. Hydrotherapie").

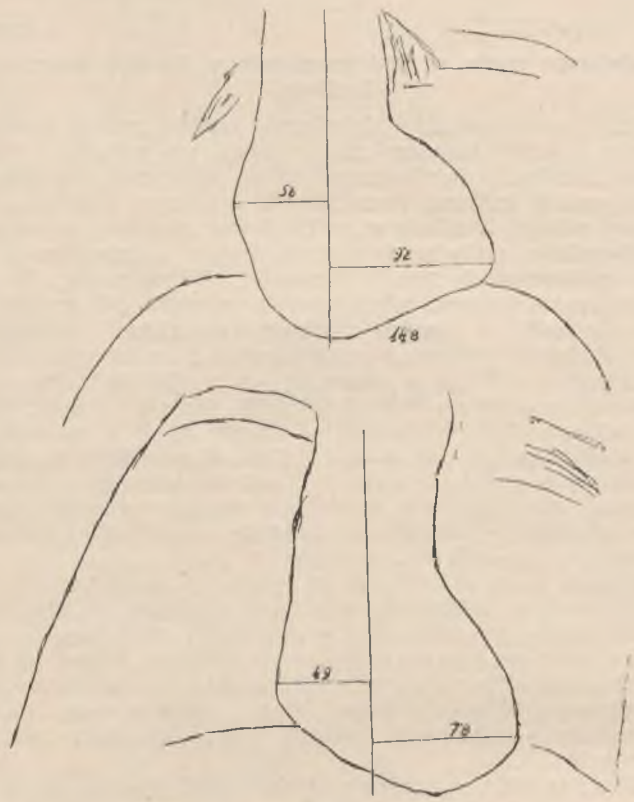


Ryc. 4 a.



Ryc. 4 b.

Szkic ten przedstawia zamknięty układ naczyniowy, stanowiący system mechaniczny, którego motorem jest serce. Między sercem prawem i lewem umieszczone są płuca, stanowią one razem centralę, dostarczającą ustrojowi krwi i są w wysokiej mierze nawzajem od siebie zależne. Wielkie koło obiegu, zaczynając się od tętnicy głównej, wychodzącej z lewej komory, kończy się ujściem obu żył próżnych do przedsionka serca prawego. W wielkiem kole obiegu należy podkreślić antagonistyczną rolę naczyń w jamach ciała wolno przebiegających, do naczyń obwodu, przyczem należy zaznaczyć, że naczynia narządów, umieszczonych w jamach, nie zachowują się antagonistycznie do obiegu na powierzchni ciała, lecz podlegają tym samym prawom, co obwód, to znaczy, że naczynia ich rozszerzają i zwężają się na równi z naczyniami obwodu. Podobnie jak naczynia, doprowadzające krew do innych narządów, nie podlegają prawu antagonizmu również: tętnica oskrzelowa i tętnice wieńcowe serca, które zachowują się jak obwód.



Ryc. 5 a i b.

Stwierdzenie tego faktu będzie nam w dalszym ciągu potrzebne.

Jeżeli wskutek zabiegu otrzymamy rozszerzenie naczyń krwionośnych na całej powierzchni ciała, więc w całym obwodzie, nastąpi dla komory serca lewego ogromne ułatwienie w wyrzucaniu krwi do obiegu. Komora opróżnia łatwo swoją zawartość do aorty. Również krew z lewego przedsionka łatwo dostaje się do opróżnionej komory. Wskutek tego następuje łatwy przypływ krwi z płuc przez żyłę płucną. Sieć naczyń włoskowatych otaczająca pęcherzyki, łatwo się opróżnia do żyły płucnej. Również łatwo przepływa przez płuca krew dostarczona przez tętnicę płucną. Następuje w płucach żywszy obieg krwi, ustępuje przekrwienie żylne i wszelkie zastoiny. Na zdjęciach i rentgenogramach (Ryc. 4 a i b. 5 a i b) widzimy wyjaśnienie obrazu płuc. Komora prawa ma również ułatwioną pracę w oddaniu krwi do tętnicy płucnej. Ulga ta trafia również przedsionek prawy, który bez przeszkód przyjmuje krew obu żył próżnych, a przez ułat-



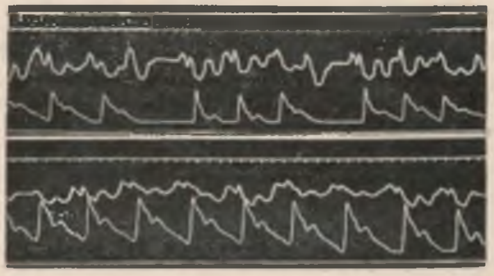
Ryc. 6.



Ryc. 7.

wienie ruchu krwi żylnej uchyla wszelkie ewentualne zastoiny nawet w żyłach obwodu. (Ryc. 6, 7, 8 a i b).

Zmienia się również praca serca. Skraca się systola i czas przedskurczowy, „okres napięcia" (od zamknięcia zastawek żaglowych do otwarcia zastawek półksiężycowych 7), przedłuża się diastola, czas odpoczynku, podczas którego rozszerzona tętnica wieńcowa dostarcza mięśniowi sercowemu zwiększonej



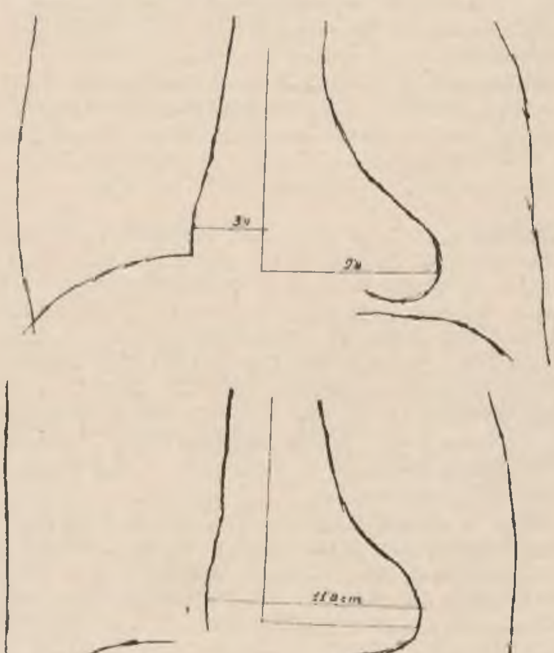
Ryc. 8 a.



Ryc. 8 b.

ilości krwi. Wskutek szybszego przepływu krwi przez serce — wobec braku oporów — zmniejsza się ilość krwi w jamach, komorach i przedsionkach serca, nie tworzą się zaległości po skurczach, serce zmniejsza się w swej objętości. (Ryc. 4 a, b, i 5 a, b).

O ile więc chodzi o zaburzenia w krążeniu, należy szukać takiego zabiegu, któryby z całą pewnością, z niezłomnem bezpieczeństwem i z możnością dawkowania, dał pożądany wynik, to jest poprawę krążenia, ulgę dla serca.



Ryc. 9 a i b.

O ilebyśmy do tego celu, według nauki Winternitza, chcieli obrać zabieg zimny, który po nastaniu owej „reakcji", t. j. po rozszerzeniu się powierzchownych naczyń włoskowatych, ma spowodować rozszerzenie się naczyń w całym obwodzie, to jak widać na Ryc. 1, 2, 10, 12, wyniku takiego nie otrzymamy, lecz odwrotnie, otrzymamy zwężenie naczyń obwodu ze wszystkiemi tego następstwami, jak rozszerzenie naczyń w jamach i obciążenie serca.

Jeżeli do tego celu użylibyśmy chcieli wody gorącej, to, o ile zastosowanie jej będzie nagłe, otrzymamy podobne wyniki. (Ryc. 11, 13).

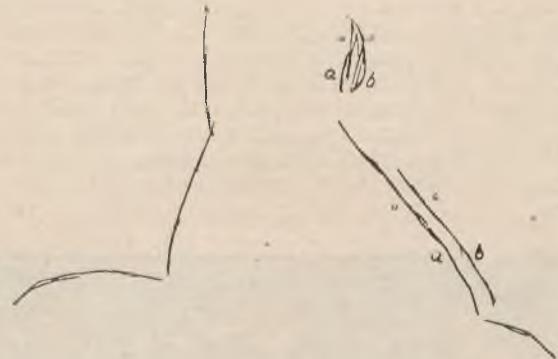
Wybitny polski hydjatra, Doc. Dr. Kowalski w wymienionej poprzednio pracy 3) stwierdza, że bodziec mechaniczny, jak również cieplny zimny, podnosi parcie krwi. A może pierwszy (!) spostrzegał też, że w pierwszej chwili po nagłem zadziałaniu gorącej kąpieli również, choć przejściowo, ciśnienie wzrasta. Skrępowany niekwestjonowanemi wówczas teorjami Winternitza, poszukuje wytłumaczenia tej „niewłaściwości", jak objaw nazywa, w bardzo złożonem uzasadnieniu.

My obecnie wiemy, że tak być musi, bo wywołuje to każdy bodziec ostry, powodując zwężenie naczyń obwodu. A gdy światło rury podlega zmianie, musi też zmianie ulec ciśnienie i szybkość ruchu postępowego cieczy. Dwa te objawy stają w przeciwieństwie do siebie. Gdzie jest wzmożona szybkość, tam jest zmniejszone ciśnienie. Przez zwężenie rur wzmaga się ciśnienie a zmniejsza szybkość. Tak uczy fizyka.

W tem nagłem właśnie podniesieniu ciśnienia leży owo niebezpieczeństwo, na jakie narażamy serce, jeżeli większą powierzchnię ciała lub nawet całe ciało poddamy działaniu takiego nagłego, ostrego bodźca, obojętnie, czy to jest woda, czy gorące powietrze, para, borowina lub piasek.



Ryc. 10.



Ryc. 11.

Następstwa zastosowania tych nagłych bodźców stwierdzają pletysmogramy. Po każdem zastosowaniu ostrego bodźca otrzymamy opadnięcie krzywej pletysmogramu, a więc zwężenie naczyń obwodu, a wskutek tego przekrwienie wewnętrznego układu naczyniowego wraz z sercem. Na pletysmogramie (Ryc. 1) widzimy, jak po polaniu ramienia lewego wodą 12° C, ostro opada krzywa pletysmogramu. Na pletysmogramie (Ryc. 12) widzimy skutki ostrych bodźców cieplnych. Pod a i b po zastosowaniu natrysku parowego, a więc gorącego zabiegu na ramię, później na plecy badanego, otrzymujemy silny spadek krzywej. Po ustaniu bodźca krzywa się podnosi. Położenie zimnego, mokrego prześcieradła na plecy wywołuje ponowne obniżenie się krzywej. Po zdjęciu zimnego kompresu podnosi się krzywa pomału, daleka od normy początkowej. Taki sam skutek zastosowania wszelkich bodźców ostrych daje pletysmogram Ryc. 2. Na pletysmogramie (Ryc. 13) mamy wyniki prób z nagłem dolewaniem gorącej wody. Za każdym razem pod 1. i 5. opada krzywa obwodu, podnosi się krzywa trzewiowa. Dzieje się to również nawet w czasie mniej

ostrego, a jednak za szybkiego dolewania gorącej wody, pod 2. i 4. (Pod 3. umyślny głęboki oddech).

Metody więc stosowania ostrych bodźców w zaburzeniach krążenia należy wykluczyć, bo w lecznictwie układu krążenia, czy to jest niedomoga serca, czy też pochód chorobowy w naczyniach, którego następstwa ponosi serce, chcemy wywołać ulgę dla tego ośrodka krążenia, a nie pogorszenie i tak już zachwianej równowagi. Cała więc troska nasza skierowaną być winna na ułatwienie sercu pracy, na usunięcie przeszkód. Jeżeli przeszkody te leżą w obwodzie winniśmy je stamtąd usunąć.

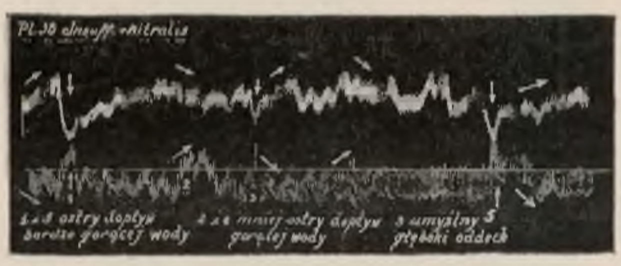
F r a n k e w swoim wykładzie krynickim p. t. „Leczenie przewlekłych schorzeń serca" 6) mówi: „dążeniem naszem musi być przedewszystkiem utrzymanie stanu wyrównania i utrzymanie przez to czynności mięśnia sercowego na koniecznym poziomie", — a S a b a t o w s k i tamże podnosi że „nie serce, lecz ogólne objawy zaburzeń krążenia są przedmiotem leczenia fizjatrycznego, a o wyniku rozstrzyga zdolność do poprawy ogólnej sprawności". A w innem miejscu stwierdza że: „dominująca rola samego serca w krążeniu została umniejszona. Przyczyny niedomagań leżą w czynnikach pozasercowych".



Ryc. 12.

Leczyć więc winniśmy zaburzenia w krążeniu.

Przekonaliśmy się, że nie śmiemy tego czynić żadnemi zabiegami, stanowiącemi bodźce ostre, a więc nie wodą zimną i nie nagle stosowaną wodą gorącą. Dodać tu należy, że stosowanie wody gorącej przedstawia tem większe niebezpieczeństwo, im na większą zadziała powierzchnię. Dlatego wielkie niebezpieczeństwo dla serca stanowią zaaplikowane nagle całkowe gorące procedury, czy to pełna kąpiel we wannie, czy w skrzyni z gorącem powietrzem, czy w borowinie lub w piasku. Pierwszy, ogromnie silny bodziec, bo pochodzący z wielkiej powierzchni, powoduje nagłe zwężenie naczyń w całym obwodzie i z tem połączony gwałtowny atak na serce. — Po dłuższej chwili następuje wprawdzie rozszerzenie wszystkich naczyń obwodu, lecz, o ile serce ten pierwszy atak przetrzymało i mogłoby obecnie pracować z dużem ułatwieniem, zaczyna się wytwarzać drugi moment szkodliwy, moment przegrzania całego organizmu. Ciało umieszczone w przegrzanem środowisku nie może oddawać nadmiernego ciepła. Ciepłota ciała podnosi się o 1° do 2° C. A więc w przypadku zastosowaniu pełnej gorącej kąpieli uzyskuje się silne, choć chwilowe, obciążenie serca przez utrudnienie krążenia, a następnie mocne jego zaatakowanie przez przegrzanie organizmu.



Ryc. 13.

W tych następstwach zabiegów wodoleczniczych, czy to zimnych, czy gorących, należy szukać przyczyn, dla których hydjatrja nie zdobyła sobie prawa obywatelstwa w naukowem lecznictwie. Jeżeli bowiem przy zdrowem sercu nakładamy nań przez postępowanie chwilowe nadmierną pracę, aby osiągnąć pewne wyniki, np. gorącą kąpiel w rwie kulszowej, — lub jeżeli w pewnych stanach nerwowych czy psychicznych cierpień, uczynimy to wodą zimną, to może to być metodą wyboru. Jednak w leczeniu zaburzeń krążenia należy metody dotychczasowe poddać dokładnej rewizji i szukać metod innych. Uczynić to należy tem bardziej, że wymaga tego postęp ogólnej wiedzy lekarskiej, starania o uzgodnienie całej wiedzy fizjoterapeutycznej i zrobienie z niej jednego wielkiego działu lecznictwa wzajemnie się uzupełniającego.

Ponieważ we wszystkich chorobach czy to zakaźnych ostrych, jak dur brzuszny, zapalenie płuc, — czy przewlekłych, jak gruźlica, arterjoskleroza, lub w schorzeniach układu nerwowego wegetatywnego znajdujemy zaburzenia w krążeniu i stąd w pracy serca, sądzę że nie można pominąć wyników długoletnich badań, dokonywanych z dużą pieczołowitością przez szereg pracowników, — i że wyniki te wziąć należy pod krytyczną, jednak głęboką rozwagę, tem bardziej, skoro praktyczne wyniki stosowania tych nowych metod najzupełniej pokrywają się z przesłankami teoretycznemi, jak później na kilku przykładach z własnej obserwacji wykażę.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Włodzimierz NOWOSIELSKI Kraków.
Dr. Czesław UHMA.

Kilka uwag o obrażeniach sromu.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. J. Z u b r z y c k i.

Z urazowemi schorzeniami sromu łączy się cały szereg zagadnień, usprawiedliwiających całkowicie bliższe zajęcie się niemi. Już naprzykład z punktu widzenia ich powstawania, zdumiewa nas wyjątkowa różnorodność wywołujących je urazów. W wyliczeniu ich na pierwszem miejscu należy postawić poród, jako uraz najczęstszy, z praw natury wynikający, a działający w sposób nawskroś niezwykły, mianowicie przez rozściągnięcie wejścia do pochwy, a tem samem przedsionka, z obwodu kilku centymetrów do kilkudziesięciu. Poza nim istnieje jednak jeszcze cały szereg urazów, które podzielić sobie możemy na trzy grupy. Do pierwszej zaliczamy urazy wypływające z pobudek płciowych począwszy od spółkowania, samogwałtu, oraz urazów będących w związku z innemi zboczeniami płciowemi, a skończywszy na zbrodniczych działaniach o podłożu seksualnem. Są one jak najróżnorodniejsze, niema bowiem prawie przedmiotu ani sposobu, którymby w nich nie mógł odegrać roli. Do drugiej grupy zaliczamy urazy zbrodnicze z innych pobudek płynące, naprzykład spędzenie płodu i wreszcie do trzeciej urazy przypadkowe, wśród których najczęstszą przyczyną jest upadek na różnego kształtu przedmioty.

Kilka przypadków leczonych w ostatnich czasach na Oddziele położniczym i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie, których krótkie opisy poniżej przytaczamy, skłoniły nas do podania niektórych spostrzeżeń, jakie w związku z niemi nasuwały się w toku rozważań klinicznych i teoretycznych.

Przypadek L. 1. L. pr. hist. chor. 14086/303 N. N. wolna lat 35, z zawodu szwaczka, zgłosiła się do szpitala dnia 27. III. 1930. z powodu bólów w okolicy sromu. Pierwszą miesiączkę miała w 17 roku życia, następne prawidłowe. Ostatnia 18 b. m. Dotychczas nie rodziła i nie roniła. W wywiadach podała, że dnia poprzedniego w godzinach wieczornych została kilka razy kopnięta w srom, oraz pobita na całem ciele przez pijanego syna swej mieszkaniodawczyni, któremu nie chciała być powolną w jego afektach miłosnych. W kilka godzin później zauważyła w kroczu guz zwolna się zwiększający, który po 8 godzinach od chwili uderzenia doszedł do obecnej wielkości.

U chorej w chwili przyjęcia stwierdzono znaczną niedokrwistość, ujawniającą się przez ogólną bladość powłok ciała jak i widocznych błon śluzowych. Ciepłota ciała 36.6° C. Tętno średnio napięte, uderzeń na minutę 100. Na bladej skórze całego ciała jaskrawo rzucał się w oczy szereg sińców, a mianowicie duży siniec dokoła szpary powiekowej prawej, dalej ponad lewym guzem czołowym, ponad szczęką dolną oraz cały szereg na klatce piersiowej i kończynach. Narządy klatki piersiowej oraz jamy brzusznej poza przyśpieszeniem czynności serca nie wykazywały zmian chorobowych.

Badanie narządów rodnych wykazywało następujący stan rzeczy: guz wargi sromowej większej prawej, dochodzący do rozmiarów główki noworodka. Guz ten przechodził bez wyraźnych granic z jednej strony na prawy pośladek oraz wewnętrzną powierzchnię uda, z drugiej strony zaś zasłaniał całą resztę sromu. Wędzidełko tworzyło wał grubości dwóch palców, a dolna połowa lewej wargi większej była również obrzękła. Przy dokładniej-

szem oglądaniu stwierdzało się na wewnętrznej powierzchni guza rozpiętą w postaci płatka wargę mniejszą prawą. Skóra na guzie wraz ze skórą otoczenia sino-czerwono zabarwiona. Na szczycie guza, to jest w połowie długości wargi większej, stwierdzało się otarcie naskórka kształtu nieregularnego, wielkości pięciogroszówki. Dotykiem wykazywało się w guzie wyraźne chełbotanie, przyczem silnie napięta nad całym guzem skóra, w tem miejscu wydawała się szczególnie cienka.

Badanie wewnętrzne stwierdzało bezpośrednie przejście guza wargi prawej w również chełbocące wypuklenie ściany pochwy po stronie prawej, które przesuwało szczelinowato zaciśnięte światło pochwy na stronę lewą. Macica i przydatki bez zmian.

Rozpoznano: krwiak wargi sromowej prawej oraz pochwy.

Spostrzeganie chorej przez pierwsze godziny nie wykazało powiększenia się guza, jak również nie można było zauważyć zwiększania się niedokrwistości. Wobec tego, zdecydowano się na leczenie zachowawcze. Przez pierwsze dwa dni granice zasinienia na skórze rozszerzały się tak, że na podbrzuszu górna granica zasinienia doszła po stronie prawej do linji pępkowej. W sześć dni nastąpiło samoistne pęknięcie guza na szczycie i jego powolne opróżnienie przez wydobywanie się mazistych skrzepów. Do sprawy tej po następnych dwóch dniach dołączyło się nieznaczne ropienie. Jama guza zwolna oczyściła się oraz wypełniła się ziarniną i chora na szesnasty dzień opuściła szpital na wyleczeniu.

Przypadek L. 2. L. pr. hist. chor. 4984/703. Chora N. N. lat 22. wolna, zgłosiła się na oddział dnia 13. VII. u. r. żaląc się na ból w okolicy sromu. Daty pierwszej miesiączki nie pamięta, następne były prawidłowe trzy do czterech dni trwające, bolesne, obfite. Ostatnia skończyła się na dzień przed przybyciem do szpitala. Rodziła pierwszy raz przed dwoma laty siłami natury, nie roniła. W wywiadach ponadto podała, że została kopnięta przez swego kochanka. Po dwóch godzinach zauważyła tworzenie się guza na sromie, utrudniającego jej z powodu bolesności chodzenie. U chorej w chwili przyjęcia ciepłota ciała 36° C., tętno prawidłowe 90 uderzeń na minutę, język wilgotny, skóra i błony śluzowe o zabarwieniu prawidłowem. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian chorobowych.

Badanie narządów rodnych stwierdzało: wargę sromową większą prawą zamienioną w guz wielkości pięści dorosłego człowieka. Skóra ponad tym guzem sino-czerwono zabarwiona, a na jego szczycie otarcie naskórka nieregularne, wielkości dwudziestogroszówki. Guz wargi przechodził w otoczenie bez wyraźnych granic. Po stronie wewnętrznej guza warga mniejsza prawa, rozpięta na nim, wykazywała również obrzęk. Dotykiem stwierdzało się w guzie wyraźne chełbotanie. Lewa warga nie wykazywała żadnych zmian. Przedsionek oraz wejście do pochwy przysłonięte opisanym guzem. Poza tem pochwa sama oraz przydatki nie wykazują szczególnych zmian.

Rozpoznano: krwiak wargi większej prawej.

Ponieważ dalsze spostrzeganie nie wykazało wzrostu guza, przeto zastosowano leczenie zachowawcze. Krwiak po kilkunastu dniach legł prawie zupełnemu wchłonięciu i chora na szesnasty dzień opuściła szpital wyleczona.

Przypadek L. 3. L. hist. chor. 1082/399. Dnia 5. IV. o godz. 10. wieczór przywiozło pogotowie chorą N. N. l. 27., zamężną, z dużem krwawieniem z narządów rodnych. W wywiadach podała, że pierwszą miesiączkę miała w 17-tym roku życia, następne prawidłowe. Rodziła trzy razy siłami natury, ostatnio przed ośmiu miesiącami. Połogi były prawidłowe. Obecnie przed dwoma godzinami została kopniętą przez męża, który w nietrzeźwym stanie powrócił do domu, przyczem kopnięcie wymierzone było z tyłu, w chwili, gdy odwróciwszy się, odchodziła od niego. Natychmiast uczuła ból w okolicy sromu i zaczęła obficie krwawić.

Badaniem przedmiotowem stwierdziało się bladość powłok i błon śluzowych. Ciepłota ciała wynosiła 37° C., tętno 96 uderzeń na minutę, nieco słabo napięte. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Z wejścia do pochwy wylewała się krew. Okolica łechtaczki i ujścia cewki oraz obrzękła przednia część lewej wargi sromowej, zasiniałe. Na przedniej ścianie pochwy w odległości półtora centymetra powyżej ujścia cewki przebiegała poprzecznie, łukowato, rana sześć centymetrów długa. Brzegi rany naogół równe, w części środkowej nieznacznie nacieczone krwią. Z głębi szczególnie z lewego jej bieguna sączyła obficie krew. W środkowej części rana odsłaniała cewkę, której ściana jednak była nienaruszona. Poza wspomnianem obrażeniem oraz poza zastarzałem pęknięciem krocza I stopnia i obniżeniem tylnej ściany pochwy, narządy rodne bez zmian.

Rozpoznano ranę tłuczoną.

Po założeniu szwów wstrzymujących krwawienie, zeszyto ranę szwami węzełkowemi. Chora na szósty dzień opuściła szpital, przyczem rana była na wygojeniu przez rychłozrost.

Przypadek L. 4. L. hist. chor. 1580/377. Dnia 19. IV. o godzinie 12 w nocy przywiozło pogotowie chorą N. N. lat 25. ze znacznem krwawieniem z narządów rodnych. Chora podała we wywiadach, że przed dwiema godzinami została napadnięta przez jakiegoś żołnierza, który usiłował ją zgwałcić, a gdy się broniła, kopnął ją ze zemsty w srom, poczem zbiegł. Chorą znaleziono po pewnym czasie nieprzytomną w kałuży krwi i przewieziono do szpitala. Z innych danych ginekologicznych podała, że pierwszą miesiączkę miała w ośmnastym roku życia, następne prawidłowe, ostatnia 20. III. b. r. Rodziła raz siłami natury, nie roniła.

Badaniem przedmiotowem stwierdziało się ogólną niedokrwistość. Ciepłota ciała 37° C., tętno 100 uderzeń na minutę, miernie napięte, chora podniecona. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Prawa warga sromowa większa obrzękła, zasiniała, na wardze zaś mniejszej w przedniej jej części powierzchowna rana, która przechodząc obok cewki, kończy się w okolicy łechtaczki. W tem miejscu, jak również w okolicy cewki, rana drążyła głęboko w kierunku spojenia. Brzegi rany nierówne, miażdżone, nacieklé krwią. Pochwa, macica i przydatki maciczne bez zmian. Rana krwawiła obficie, a w szczególności z części leżącej w okolicy łechtaczki.

Rozpoznano ranę miażdżoną sromu z uszkodzeniem ciała jamistego łechtaczki.

Po założeniu szwów, wstrzymujących krwawienie, nie zeszywano całkowicie rany, lecz biorąc pod uwagę następstwa zmiażdżenia jej brzegów i okolicy, sączkowano w dolnej części. Zeszyto natomiast naddartą ścianę cewki oraz przyległą część rany, wreszcie założono cewnik na komorne do pęcherza moczowego. Rana goiła się wtórnie, szwy jednak założone na ścianę cewki utrzymały się. W dwa tygodnie po przyjęciu chorej na oddział stwierdzono u niej ciążę sześciotygodniową. Chora opuściła szpital wyleczona.

Przypadek L. 5. L. pr. hist. chor. 2668/477. Dnia 16. V. u. r. przywiozło pogotowie chorą N. N. l. 29. wolną, z zawodu służącą, z krwawieniem z narządów rodnych. Chora podała, że przed godziną, wskutek chwilowego zawrotu głowy, zatoczyła się w tył, i upadając, usiadła na sterczącą ku górze obręcz wiadra. Uczuła silny ból i zaraz zaczęła obficie krwawić. Z innych danych ginekologicznych podała, że pierwsza miesiączka wystąpiła u niej w siedmnastym roku życia, następne były prawidłowe, miernie obfite, niebolesne. Ostatnia miesiączka 15. IV. b. r. Nie rodziła, nie roniła.

Badaniem przedmiotowem stwierdziało się ciepłotę ciała 37.2° C. tętno prawidłowo napięte, 90 uderzeń na minutę. Skóra i widoczne błony śluzowe bladawe. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Srom krwią zwalany, wargi większe i mniejsze nieobrażone, w przedsionku natomiast widoczna była rana długości dwóch i pół centymetrów biegnąca tuż przy ujściu cewki wzdłuż wewnętrznego brzegu wargi mniejszej, głębokości około jednego centymetra. Brzegi rany równe, z głębi obfite krwawienie. Rozpoznano ranę tłuczoną sromu. Natychmiast założono szwy spajające ranę oraz ze względu na bliskie sąsiedztwo ujścia cewki, założono cewnik na komorne do pęcherza. Rana zagoiła się przez rychłozrost i chora opuściła szpital po dwóch tygodniach jako wyleczona.

Przypadek L. 6. L. pr. hist. choroby 8280/1068. Chora N. N. lat 30, zamężna, miesiączkująca prawidłowo. Przebyła pięć porodów siłami natury, ostatni przed rokiem. Zgłosiła się do oddziału z powodu krwawienia wywołanego upadkiem przed kilku godzinami, podczas którego uderzyła się rogiem kołyski w okolicę sromu.

Badaniem przedmiotowem stwierdziało się u kobiety średniego wzrostu, miernie odżywionej o narządach wewnętrznych bez zmian, krwawienie z rany na sromie, która umieszczona była na lewej wardze sromowej mniejszej. Rana ta miała kształt trójkąta, a ramiona jej tworzyły kąt otwarty ku środkowi. Górne ramię rany, jeden centymetr długie, przebiegało poprzecznie do wargi mniejszej, dolne ramię, półtora centymetrów długie, biegło skośnie od góry i boku ku dołowi i środkowi. Brzegi rany prawie linijne, nieco w okolicy wierzchołka kąta zmiażdżone, krwią nacieklé. Rana drążyła około półtora centymetra w głąb. Krwawienie pochodziło z głębi rany.

Rozpoznano ranę wargi mniejszej wywołaną urazem tępym oraz krwawienie z uszkodzonego ciała jamistego.

Założono trzy szwy ketgutowe głębokie oraz trzy powierzchowne. Chora na szósty dzień opuściła szpital, przyczem rana była na wygojeniu przez rychłozrost.

Przypadek L. 7. L. pr. hist. chor. 2869/503. Dnia 23 maja u. r. zgłosiła się do izby przyjęć naszego Oddziału chora N. N. lat 21, wolna. W wywiadach podała, że pierwszą miesiączkę miała w 18 roku życia, następne prawidłowe trzy dni trwające, obfite, bolesne. Ostatnią miesiączkę miała 20. V. Nie rodziła, nie roniła. Przed sześciu miesiącami uległa wypadkowi. Mianowicie według jej opowiadania, wracając do domu z pracy na roli, przechodziła przez potok, w którym poiły się krowy. Jedna z nich rzuciła się w jej kierunku, wobec czego zaczęła uciekać. Krowa dogoniwszy ją, uderzyła ją rogiem w okolicę sromu i wyrzuciła w górę, reszty nie pamięta, straciła bowiem przytomność. Chora doznała dużego obrażenia w okolicy sromu i leczyła się dłuższy czas w domu, a obecnie zgłasza się do szpitala z powodu niemożności utrzymania stolca i wiatrów.

Badaniem przedmiotowem stwierdzało się ciepłotę ciała 36.8° C, tętno prawidłowe, skóra i błony śluzowe prawidłowo zabarwione. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Badanie narządów rodnych wykazało zadawnione, zupełne pęknięcie krocza, przyczem błony śluzowe przedniej ściany odbytnicy i tylnej ściany pochwy oddzielone były od siebie tylko wąską blizną. Pęknięcie tak pochwy jak i prostnicy sięgało około cztery centymetry w górę. Rozdarty i obkurczony zwieracz odbytu wyczuwało się tylko w postaci półksiężyca od tyłu rozwartego odbytu. Poza tem wargi mniejsze i większe, pozostała część pochwy, oraz macica i jej przydatki nie wykazywały zmian. Rozpoznano zadawnione, zupełne rozdarcie krocza oraz dolnych części ścian pochwy i odbytnicy. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej, wykonano u niej zabieg, polegający na typowem zeszyciu ściany pochwy, krocza, odbytnicy oraz zwieracza odbytu.

Jak z powyższego widać we wszystkich opisanych przypadkach uraz był przyczyną okaleczenia sromu, przyczem w dwóch pierwszych wytworzył się krwiak sromu, jeden niespotykanych rozmiarów, łączący się z równocześnie wytworzonym krwiakiem pochwy. W trzech zaś następnych przypadkach urazy tępe wywołały obrażenia w postaci ran okolic przedniej ściany pochwy oraz ujścia cewki i łechtaczki obficie krwawiących, w szóstym rana dotyczyła wargi mniejszej, w siódmym wreszcie mieliśmy do czynienia z blizną po ranie dartej, która z racji sposobu swego powstania wywołała największe i najrozleglejsze zniszczenie.

Rozpatrując te obrażenia z punktu widzenia ich powstania stwierdzić należy, że w pięciu przypadkach mieliśmy do czynienia z urazami tępemi. W trzech pierwszych, gdzie przyczyną obrażeń było kopnięcie, niewątpliwie pobudki płciowe odegrały rolę, jako akt zemsty niezaspokojonego popędu płciowego męskiego za doznaną odmowę ze strony odnośnych kobiet. Jest to bezsprzecznie najpospolitszy motyw zbrodniczych obrażeń sromu i wśród najróżnorodniejszych pobudek tworzących tło spotykanych przypadków bardzo często można go odnaleźć. Drugą grupą obrażeń, być może, w ogólnej statystyce poza porodowemi najliczniejszą, tworzy uraz przypadkowy i to prawie zawsze jako uderzenie się kobiety w okolicę sromu wskutek upadku. Należą do nich czwarty i piąty z naszych przypadków, o ile damy wiarę uzyskanym wywiadom. W jednym z nich kobieta upadając uderzyła się o wystający róg kołyski, w drugim o podniesioną do góry obręcz wiadra. Do tej samej grupy należy nasz ostatni przypadek, który z punktu widzenia etjologicznego jest niezmiernie ciekawy, wywołany był bowiem ubodzeniem przez krowę i z tego względu niewątpliwie może uchodzić za pewnego rodzaju niezwykłość.

Zastanawiając się nad anatomicznemi postaciami obrażeń sromu w odniesieniu do częstotliwości ich powstawania dojść musimy do przekonania, że najrzadziej spotykaną ich postacią jest krwiak sromu. Wskazują na to nietylko doniesienia w piśmiennictwie (J a c o b i, B o n e n s t a d, M e c k e r t s c h i a n z), ale również spostrzeżenia doświadczonych klinicystów (F ü t h, V e i t i inni). Przyczyny tego dopatrywać się należy nie w rodzaju samego urazu, ani też w obecności przypadkowego schorzenia sromu, usposabiającego do powstania krwiaków, lecz raczej w stosunkach anatomicznych i topograficznych, z jakiemi na sromie się spotykamy. Im to przypisać należy wpływ utrudniający powstawanie krwiaków w następstwie urazów sromu. W szczególności mamy tu na myśli ułożenie naczyń krwionośnych i ciał jamistych oraz stosunek tych ostatnich do kości miednicy. W stosunkach bowiem topograficznych sromu uderza to, że tak główne pnie naczyń tętniczych i żylnych, zaopatrujących srom (*art. et vena pudenda interna* i ich rozgałęzienia), jak również ciała jamiste łechtaczki i przedsionka są ułożone na wewnątrz od kości łonowych i kulszowych, tworzących obramowanie wchodu miednicy od dołu. Ciała zaś jamiste łechtaczki są położone bezpośrednio na powierzchniach wewnętrznych kości łonowych, a tylko ich zakończenia, które dochodzą do łechtaczki, leżą na dolnej powierzchni spojenia łonowego. Biorąc pod uwagę wyżej opisane stosunki anatomiczne, dochodzimy do wniosku, że bezpośrednie zmiażdżenie większych naczyń krwionośnych możliwem jest tylko w okolicy spojenia łonowego, w innych zaś częściach nie łatwo dochodzi do skutku, ponieważ naczynia te są chronione przez obramowanie kostne. To zaś z nich, które leżą bliżej środka — między innemi *bulbus vestibuli*, któreby mogły być bezpośrednio urazem tępym ugodzone, leżąc na miękkiej podstawie przepony miedniczej, nie tak łatwo ulegają obrażeniu. W miejscach, gdzie naczynia krwionośne — jak to wyżej wspomniano, leżą na dolnej powierzchni spojenia łonowego, a zatem w przedniej części sromu, inny znowu moment przeciwdziała powstawaniu krwiaków. Tkanki miękkie w tem miejscu stanowią tak cienką warstwę, że skóra leży blisko podstawy kostnej, przeto pod wpływem urazu tępego ulega łatwo zmiażdżeniu, ewentualnie pęknięciu. Wskutek tego, chociaż naczynia krwionośne ulegną obrażeniu, nie wytwarza się krwiak, gdyż krew znajduje swobodny odpływ na zewnątrz przez powstałą przerwę w ciągłości skóry. Niemałe też znaczenie w rzadkości omawianego zjawiska odgrywa jeszcze mała wytrzymałość skóry sromu wogóle, co nam tłumaczy stosunkowo tak często spotykane pęknięcia pod wpływem urazów tępych.

Jedynie krwiaki powstałe wskutek porodu trafiają się stosunkowo częściej (Z u b r z y c k i). Podczas porodu zachodzi zupełnie inny mechanizm ewentualnych obrażeń naczyń, a zatem przy ich powstawaniu w grę wchodzić będą inne momenty. Mianowicie obrażenia naczyń następują tu wskutek nadmiernego rozciągnięcia ich wraz z tkankami przedsionka i wejścia do pochwy przez wolno przesuwającą się główkę noworodka. Wspomniane powyżej stosunki topograficzne są przyczyną, że naczynia te, ułożone po wewnętrznych stronach kości miednicy, mogą właśnie w czasie porodu ulec uszkodzeniu. Poza tem ,jak to już wspomnieliśmy, o ile w innych urazach tępych schorzenia naczyń mają stosunkowo nieduże znaczenie w powstawaniu krwiaków, o tyle w porodach, gdzie obrażenia naczyń wytwarzają się wskutek ich rozciągnięcia, zmiany anatomopatologiczne w naczyniach (miażdżyca) odgrywają nieraz zasadniczą rolę jako moment usposabiający do powstawania krwiaków. Tu jednak należy zaznaczyć, że zdarzające się tak często w porodach pęknięcia powierzchownych warstw tkanek miękkich, błon śluzowych i skóry towarzyszące zazwyczaj powstałym obrażeniom naczyń, przeciwdziałają w powstawaniu krwiaków tak samo, jak pęknięcia, względnie rany w skórze w urazach tępych, godzących w okolicę przedniej części sromu. Jeżeli pomimo to pod wpływem porodu powstające krwiaki są stosunkowo częstsze, niż powstające pod wpływem innych urazów, to tylko dlatego, że poród jest najpospolitszym i najczęstszym urazem sromu. Nie stanowi to jednak dowodu na to, że odsetkowo krwiaki spotykane w porodach trafiają się częściej, niż po innych urazach.

Statystyki rozmaitych zakładów i klinik, podane przez poszczególnych autorów, wykazują dużą rozpiętość w odsetkach krwiaków powstałych wskutek porodu n. p. A h l f e l d przyjmuje stosunek 1:1000, podczas gdy D e n a u x 1:16000.

Krwiaki sromu zazwyczaj dochodzą do dużych rozmiarów. Wytłumaczenie tego polega na tem, że kiedy dojdzie już do tych rzadkich okoliczności, warunkujących powstawanie krwiaków, a mianowicie przerwania naczyń krwionośnych przy równoczesnem nienaruszeniu skóry, to krew wylewająca się z naczyń, wobec wiotkości tkanki łącznej, szczególnie warg sromowych większych, nie trafia na żadne przeszkody. Poza tem wielkość krwiaka warunkowana być może wysokością ciśnienia krwi u danej kobiety, rodzajem i rozmiarem pękniętego naczynia (tętnicze, czy żylne), oraz wielkością samego uszkodzenia. W naszym I. przypadku najprawdopodobniej wielkość naczynia i rozmiary uszkodzenia jego były powodem olbrzymich rozmiarów krwiaka. Zaznaczyć tu należy, że krwiaki wytworzone w czasie porodu, odznaczają się szczególnie wielkiemi rozmiarami (Z u b r z y c k i). Duże przekrwienie, rozszerzenie naczyń oraz rozpulchnienie tkanek, towarzyszące porodowi, jest zapewne przyczyną tego zjawiska.

Najczęstszą postacią obrażeń, wywołanych urazami tępemi, są rany drążące w głąb tkanek. Są one wynikiem pęknięcia skóry i tkanek głębiej leżących, ściśniętych między przedmiotem urazu, a tkanką kostną jako podstawą. Ten rodzaj okaleczeń znajdujemy prawie wyłącznie w okolicy łechtaczki, ujścia cewki, oraz przednich części warg sromowych, tutaj bowiem najbardziej jest wysunięta podstawa kostna, wytworzona przez kości łonowe i ich spojenie i w tych to okolicach znajdujemy najlepsze warunki dla ostatnio omówionego mechanizmu obrażeń sromu.

Przypadki trzeci, czwarty, piąty i szósty, ostatnio spostrzegane w ostatniem półroczu na naszym oddziele, należą właśnie do tego rodzaju obrażeń, przyczem trzeci, który dotyczył przedniej ściany pochwy, jest rzadszą postacią tych obrażeń. Tkanki miękkie w tym przyp. zostały ściśnięte między przedmiotem urazu i tylną

powierzchnią kości spojenia. Momentem ułatwiającym powstanie tego rodzaju obrażenia było niewątpliwie zwiotczenie dźwigaczy i znaczny ich rozstęp. Brzegi omawianych ran, aczkolwiek bywają niekiedy zmiażdżone, są zazwyczaj równe, linijne, czasem nader podobne do ran ciętych. Prawie zawsze, o ile nie są ranami dartemi, drążą prostopadle do powierzchni skóry. Rany te naogół obficie krwawią, sięgając bowiem w głąb, przerywają liczne naczynia krwionośne, nie wyłączając ciał jamistych. Rany, wywołane uderzeniami pod kątem ostrym o przedmioty krawędziste, ze zrozumiałych względów nie odznaczają się jakiemś szczególnem umiejscowieniem. Kształt ich bywa najrozmaitszy o charakterze ran dartych.

Powikłania, polegające na uszkodzeniach ścian cewki, nie należą do rzadkości (przypadek L. 4). Jest to wynikiem jej bezpośredniego sąsiedztwa ze sromem. Stosunkowo nie tak często spotykamy się z równoczesnem uszkodzeniem drugiego narządu sąsiadującego ze sromem, a mianowicie odbytu względnie prostnicy. Z takiem uszkodzeniem mieliśmy do czynienia w naszym przypadku L. 7., który ze względu na towarzyszące uszkodzeniu okoliczności jest niezmiernie rzadki. Podobnym pod tym względem do naszego jest przypadek, opisany przez Brocka, w którym krowa wyrzuciła do góry dziewczynkę l. 4., ta zaś spadając z powrotem nabiła się okolicą sromu na róg krowy.

Z kolei rozpatrzymy sprawę samego leczenia sromu. Nie należy ona do zbyt zawiłych i aczkolwiek nie zawsze daje się dorażnie uzyskać dobre wyniki, to przecież następowe zabiegi plastyczne zawsze prawie prowadzą do celu. W krwiakach sromu w przypadkach, w których nie stwierdza się powiększania wylewu krwawego oraz w których nie nasilają się objawy niedokrwistości najlepsze wyniki daje leczenie zachowawcze (Przypadek II). Tylko w takich razach, w których krwiak jest nadmiernie duży, możnaby się wahać, czy leczenie operacyjne, polegające na otwarciu krwiaka, podwiązaniu, czy też okluciu krwawiących naczyń, wreszcie częściowem zeszyciu łożyska krwiaka i założeniu uciskowego opatrunku, nie da lepszych wyników. W tych przypadkach bowiem poza innemi i napięta skóra rozpostarta bezpośrednio ponad krwiakiem, jest zazwyczaj niedostatecznie odżywiona. W następstwie tego odcinek jej, położony na szczycie krwiaka, ulega zazwyczaj powolnej częściowej martwicy, tembardziej jeżeli skóra w tem miejscu została odniesionym urazem chociażby nieznacznie uszkodzona. Powstały początkowo zazwyczaj otwór o niedużej średnicy jest przyczyną, że krwiak opróżnia się powoli z nagromadzonej krwi i prawie równocześnie skutkiem tego ulega zakażeniu jama pozostała po nim. Pamiętać jednak należy z drugiej strony i o tem, że leczenie operacyjne nietylko nie zapewnia nam ochrony przed wtórnem zakażeniem, ale przedstawia poważne tegoż niebezpieczeństwo. Mimo tego przecież w przypadkach dużych krwiaków, w których równocześnie niema większych podstaw, aby mieć nadzieję zejścia aseptycznego schorzenia, skłoniłby się należało raczej ku chirurgicznemu leczeniu. W każdym razie, znane w piśmiennictwie przypadki śmiertelne, opisane przez Hoffmana, są dla nas przestrogą, jak wielką należy zwrócić uwagę na sprawę zakażenia oraz jak ostrożnie i krytycznie postępować w tych przypadkach.

Co się tyczy wszystkich pozostałych rodzajów okaleczeń sromu, to postępowanie nasze nie odbiega od ogólnie uznanych zasad zaopatrywania innych ran w chirurgji. Zrozumiałem jest, że dążyć należy do gojenia ich przez rychłozrost. Na przeszkodzie temu stoi najczęściej albo zbyt rozległe zmiażdżenie tkanek, albo spóźnione zgłoszenie się chorej do szpitala. Jeżeli w danym przypadku rana nadaje się do zeszycia, to aby uzyskać rychłozrost, należy zwrócić uwagę przedewszystkiem na dwie sprawy łącznie ze szczególnemi warunkami okaleczeń sromu. Pierwszą z nich jest bardzo dokładne opanowanie krwawienia, zanim przystąpimy do zeszycia powierzchownych warstw, drugą natomiast ochrona przed zamakaniem opatrunku w związku z bliskiem sąsiedztwem ujścia cewki. To też niejednokrotnie zmuszeni jesteśmy do założenia cewnika na komorne do pęcherza, chociażby na kilka pierwszych dni. W okaleczeniach, uszkadzających ściany cewki, należy dołożyć wszelkich starań, aby o ile możności zaraz zrekonstruować dokładnie jej ściany i uniknąć w ten sposób poważniejszych powikłań czynnościowych w utrzymywaniu moczu lub opróżnianiu pęcherza. Mniej pomyślnie przedstawia się sprawa leczenia w obrażeniach odbytnicy i rzadko kiedy możemy przystąpić bezpośrednio do zeszycia przerwanej ściany. Warunki bowiem w tych przypadkach przeważnie bywają jak najgorsze i niejednokrotnie wykluczają dobry wynik operacyjny. W naszym przypadku chora zgłosiła się w sześć miesięcy po doznanym urazie, to też proces zbliznowacenia był całkowicie ukończony i zabieg nie przedstawiał szczególnych trudności.

Na zakończenie omawianych przypadków należy zaznaczyć, że sprawa obrażeń sromu ma poza teoretycznem, również i praktyczne znaczenie. Tak lekarz praktyk, jak i lekarz sądowy spotykają się z tym tematem i cały szereg zagadnień, pobieżnie tu omówionych, musi być w życiu przez nich zasadniczo rozstrzygnięty. O ile pierwszego z nich zajmuje szczególnie strona postępowania leczniczego, o tyle lekarz sądowy będzie musiał z charakteru obrażeń wyjaśnić sposób ich powstawania oraz ewentualnie ustalić ich następstwa, by w ten sposób dostarczyć sędziemu podstawę sprawiedliwego ujęcia sprawy, częstokroć ze względu na charakter, celowość i umiejscowienie uszkodzenia niezmiernie zawiłej.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Wł. MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka.

Ze szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lek. Nacz.: Prof. Dr. Władysław Szenajch.

Irena S. lat 4 [1]) przybywa dnia 10. I. 1930, skierowana przez lekarza z prowincji. Lekarz w liście pisanym do szpitala podaje, że „dziecko choruje od 5 tygodni na koklusz. 27. XII. 1929 r. nagle dostało napadu drgawek z utratą przytomności. Przez następne 3 doby bardzo częste napady drgawek całkowite lub połowicze, które mimo stosowania siarczanu magnezowego, chloralhydratu, luminalu nie ustępowały. Dopiero 30. XII. drgawki znikły, ale dziecko nie powróciło całkowicie do świadomości, nie mówi, płacze". Ponieważ stan ten utrzymuje się w dalszym ciągu, lekarz przesyła dziecko w 14-ym dniu choroby do szpitala z rozpoznaniem tężyczki. Rodzeństwo dziecka przebywało równocześnie koklusz i jest obecnie zdrowe. Matka 2 razy roniła, jest zdrowa. Ojciec zdrów. Dziecko oprócz nieznacznego zahamowania wzrostu nie wykazuje żadnych zmian w budowie kośćca. Brak stygmatów kilowych. Dziecko pół przytomne, senne z maskowatym wyrazem twarzy. Sinica twarzy i kończyn. Ciepłota 38°. Odczyny Pirqueta i Mantoux ujemne. Odczyn na luetynę ujemny. Gruczoły nie powiększone. Źrenice oddziaływują na światło i zbieżność, brak objawów oponowych, napięcie mięśniowe obniżone, odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa wzmożone i równe. Nerwy czaszkowe bez zmian. Wybitne podniecenie motoryczne i niepokój ruchowy. Tętno 108. Oddech 20. Dziecko wykazuje podczas badania podniecenie psychiczne i impulsywne wybuchy gniewu. Zupełna afazja ruchowa i sensoryczna. Badanie dna oka bez zmian. Ponad płucami, przy braku zmian opukowych, utrudniony dopływ do pęcherzyków płucnych. Kaszel kokluszowy. Po kaszlu, słyszalne rzężenia wilgotne średnio- i drobnobańkowe. Tony serca czyste. Śledziona niemacalna. Wątroba na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Krew: Hb. 60% (Sahli). Czerwonych krwinek 6.200.000. Białych ciałek 16.000. Segm. 55%. Pałecz. 3%. Limfocyt. 40%. Monocyt. 2%. Czas krwawienia 9'. Czas krzepnięcia 7'. Wassermann krwi ujemny. W moczu brak zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy o ciśnieniu 200 (Claude) jasny, przeźroczysty, o ujemnych odczynach globulinowych, zawiera 0.3‰ cukru, chlorków 8.19‰, refraktometr. 1.3350. W kamerze Fuchs-Rosenthala 2 ciałka w 1 cm^3. Wassermann ujemny.

Przebieg choroby. Przy ciepłocie normalnej i umiarkowanem łaknieniu stan dziecka pod względem nerwowym ulega w przeciągu pierwszego miesiąca poprawie. Po 2 tygodniach ustępuje afazja, dziecko zaczyna się samo bawić, poznaje otoczenie, rozumie co się do niego mówi i samo zaczyna mówić. Kaszel skąpy, dwa, trzy ataki na dobę, stan płuc zadowalający: *bronchitis et peribronchitis*. Podniecenie psychomotoryczne utrzymuje się podobnie jak stała sinica obwodowa. Niestety pod koniec pierwszego miesiąca pobytu w szpitalu zapada dziecko na odrę i w związku z tem już na 2 tygodnie przed wysypką, a więc w okresie wylęgania i zwiastunów, wykazuje pogorszenie stanu płucnego. Zjawienie się rzężeń półdźwięcznych a nadewszystko intensywniejsze ataki kaszlu z wymiotami. Dnia 7. II. wystąpiła wysypka odrowa. W czasie wysypki i w okresie jej blednięcia ataki kaszlu stają się tak silne, że ich liczba dochodzi do 250 na dobę. Twarz staje się charakterystycznie obrzękła, a język wykazuje owrzodzenia jedno na wiązadełku, drugie na powierzchni grzbietowej. Przy ciepłocie nierównej od 38° do 40.2°, przy tętnie 144 i przy zwiększonej do 36 na minutę liczbie oddechów, zjawia się stłumienie na grzbiecie lewej klatki piersiowej od grzebienia łopatki ku dołowi i tamże głośny szmer oskrzelowy, pokryty rzężeniami dźwięcznemi oraz wzmożone przewodnictwo głosowe. Wkrótce potem stwierdza się także nad prawem płucem z tyłu stłumienie oraz szmer oskrzelowy. Badanie rentgenologiczne wykazuje cień

[1]) Przypadek demonstrowany przezemnie na posiedzeniu klinicznem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego dn. 2. IV. 1930.

w górnym płacie pod obojczykiem, powiększenie cienia wnęki prawej, jakoteż cień w dolnym płacie płuca lewego. Stan gorączkowego obustronnego zapalenia płuc z obfitemi rzężeniami dźwięcznemi utrzymuje się przez 10 tygodni następujących po odrze. Dziecko kaszle bardzo dużo i przy równoczesnej biegunce oraz upośledzonem łaknieniu traci na wadze. Powtarzane próby tuberkulinowe skórne i doskórne pozostają ujemne. Często powtarzane badanie bakterjologiczne plwociny i kału nie wykrywa prątków Kocha. Badanie plwociny wykrywa natomiast przy braku zmian w gardle 30. III. liczne różyczki maczugowców błoniczych. *(Corynebact. diphteriae).* Posiew na pożywce Löfflera daje czystą hodowlę błonicy. Badanie bakterjologiczne jamy nosowo-gardłowej i sromu w kierunku błonicy ujemne. W związku z tem wstrzyknięto dziecku surowicę przeciwbłoniczą, po której nie zauważono jednak żadnej zmiany w obrazie klinicznym. Niezależnie od tego dziecko przebyło w czasie swojego pobytu szpitalnego (od 17. III. do 23. III.) nagminne zapalenie obu ślinianek *(mumps)*, którego przebieg był lekki i trwał 6 dni. O ile objawy płucne u dziecka wyraźnie się zaostrzyły w związku z przebytą odrą, o tyle badanie neurologiczne nie wykryło wybitnego pogorszenia. Dziecko zachowywało przytomność przez cały czas, okazywało w związku z katastrofalną częstością ataków kaszlowych obok wielkiego zmęczenia i wyczerpania także znaczną drażliwość i pobudliwość wrażeniową. Afazja więcej nie wracała — zauważono natomiast drżenie głowy i rąk stereotypowe. Inteligencja naogół była dość zahamowana, czego wyrazem był fakt, że dziecko 4-letnie bawiło się całemi godzinami grzechotką dla oseskow, nie okazując zainteresowania do zabawek, bardziej dla jego wieku stosownych.

Dziecko odchodzi ze szpitala dnia 15. IV. niewyleczone, bo ze zmianami w płucach, z ciepłotą podgorączkową, z wysypką posurowiczą, która poraz trzeci powróciła, z inteligencją zahamowaną, ale z rozpoznaniem, które pozwalało na dobre rokowanie. Rozpoznanie, z którem dziecko demonstrowane było na posiedzeniu klinicznem Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego brzmiało: *phtisis pneumonica postmorbillosa.*

W dniach 5. VII i 7. VIII. dziecko poddane ambulatoryjnej kontroli przedstawiało negatywny wynik badania płuc — przy zupełnie dobrej inteligencji i przy braku drżenia głowy i rąk. Nie stwierdzono również sinicy. Apetyt, sen, humor dziecka zupełnie zadawalające.

Epikryza: dziecko 4-letnie zapada wśród nagłej utraty przytomności, drgawek, afazji, podniecenia psychicznego i sinicy obwodowej na objawy mózgowe, które trwają przez 2 tygodnie. Objawom mózgowym towarzyszy bezgorączkowa *peribronchitis* ze skąpemi paroksyzmami kaszlu kokluszowego. W czasie rekonwalescencji po miesiącu pobytu w szpitalu zapada na odrę i równocześnie wykazuje obustronne ciężkie przewlekłe zapalenie płuc i znaczne zwiększenie intensywnych ataków kaszlu kokluszowego bez znaczniejszego pogorszenia stanu nerwowego. Z plwociny dziecka wyhodowano zarazki błonicy. Dziecko po 3 miesiącach opuszcza szpital w stanie poprawy, a po pół roku powraca zupełnie do zdrowia.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Pertussis-Encephalitis, Pertussis-Pneumonia.*

Przypadek jest interesujący, ponieważ: 1) porusza, ze względu na przypadkowe zakażenie odrą, spokrewnione zagadnienie encefalopatyj poodrowych, często opisywanych w literaturze, 2) przypadek porusza zagadnienie powinowactwa odry i kokluszu we wczesnem dzieciństwie, 3) dotyka problemu rzekomej gruźlicy płuc poodrowej u dzieci, t. j. *phtisis pneumonicae postmorbillosae*, 4) przypadek domaga się wyjaśnienia obserwowanej sinicy i 5) drżenia rytmicznego, 6) przypadek budzi dyskusję na temat nosicielstwa błonicy w drogach oddechowych i 7) na temat wskazań do leczenia szpitalnego podobnych przypadków chorobowych.

Na XIII Zjeździe lekarzy i przyrodników w Wilnie w r. 1929 wygłosiłem w Sekcji pedjatrycznej referat o potrzebie rewizji dotychczasowych pojęć w etjologji zapalenia mózgu odrowego i grypowego u dzieci. Chodziło mi o wykazanie, że wielki odsetek powikłań mózgowych po odrze, czy po grypie dotyczy dzieci zakażonych kokluszem i że, skoro tak jest, to właściwem korzeniem etjologicznem tych encefalopatyj jest koklusz. Rola odry ogranicza się w tych przypadkach tylko do czynnika prowokującego, ale nie etjologicznego. Domagałem się krytycznego, kontrolnego rozpatrzenia licznych ogłaszanych przypadków zapalenia mózgu odrowego lub grypowego z punktu widzenia nauki o kokluszu t. j. z koniecznością uwzględnienia, czy w każdym z opisanych przypadków rola równoczesnego zakażenia kokluszowego jest wykluczona, lub nie. Jak znaczny odsetek schorzeń płucnych po odrze lub po grypie dotyczy dzieci zakażonych kokluszem, tak i wielki odsetek powikłań mózgowych po tejże odrze, lub grypie dotyczy dzieci zakażonych kokluszem. W świetle tej rewizji — pojęcie kokluszowego zapalenia mózgu po odrze, lub po grypie odzyskałoby należne miejsce w klinice schorzeń mózgowych u dzieci.

Przypadek naszej encefalopatji wykazuje, że jej etjologia jest wyłącznie kokluszowa, ponieważ odra wystąpiła u dziecka w miesiąc po jego przybyciu w okresie zdrowienia, a o zakażeniu grypowem nie wspomina nic ani anamneza, ani stan ówczesnych stosunków epidemjologicznych w szpitalu, czy w powiecie. Dziecko przybyło do szpitala z powodu zapalenia mózgu, (które wystąpiło w 5-ym tygodniu kokluszu), wywołanego przez koklusz. Przypadek dowodzi więc realności istnienia kokluszowego zapalenia mózgu. Odra, na którą dziecko w miesiąc po przybyciu zapadło, — nie wpłynęła dodatnio na stan nerwowy i mózgowy dziecka i prawdopodobnie przyczyniła się w pewnym stopniu do przedłużenia rekonwalescencji dziecka także pod względem neurologicznym. Niemniej rola etjologji przebytego *encephalitis* przypada w zupełności kokluszowi, a nie odrze. Dziecko przybyło w stanie ciężkim mózgowym z powodu kokluszu, a nie z powodu odry, która dopiero po miesiącu wystąpiła.

Przypadek porusza zagadnienie korrelacji odry i kokluszu, ponieważ w przypadku naszym mieliśmy sposobność przekonać się o wzajemnym wpływie tych dwóch zakażeń na ich przebieg wzajemny. W pracy swojej ogłoszonej w Polskiej Gazecie Lekarskiej w r. 1929 na temat powinowactwa odry i kokluszu przeprowadziłem polemikę z poglądami Débrego i Joannona i wykazałem na podstawie szeregu dowodów nietylko realność i ważność tego powinowactwa w epidemjologji, klinice i w profilaksji tych chorób, ale także wysnułem wniosek, który tłumaczy i usprawiedliwia błędy na ten temat zakorzenione. Stwierdziwszy mianowicie, że, zgodnie z epokowem w pedjatrji odkryciem Pospischilla, odra wywołuje u dzieci, które przebyły koklusz nawrót kokluszowy w postaci ponownego ogniska płucnego lub zaostrzenia czy powikłania zmiany anatomicznej w płucu; stwierdziwszy dalej, że statystyka miejsca, wieku, warunków mieszkaniowo-społecznych i atmosferycznych, wpływających na śmiertelność i chorobowość odry u dzieci do 5-go roku życia, nie różni się od statystyki kokluszu, przyszedłem do wniosku, że powód tego podobieństwa statystycznego tkwi w fakcie trudności, na jakie natrafia chęć rozstrzygnięcia w każdym z przypadków odry powikłanej kokluszem i koluszu powikłanego odrą, która z tych 2 chorób jest ważniejsza w ocenie przyczyny śmierci. I jedno i drugie zakażenie jest śmiertelne z powodu zapalenia płuc. Gdy dziecko odrowe umiera na zapalenie płuc lekarz notuje w karcie zejścia: odrę, gdy dziecko kokluszowe umiera na zapalenie płuc — lekarz notuje koklusz. Tymczasem w rzeczywistości często właściwie bywa odwrotnie, a mianowicie, istotną przyczyną zapalenia płuc pierwszego dziecka odrowego był nawrót jego zeszłorocznego kokluszu, a przeciwnie przyczyną zapalenia płuc drugiego dziecka kokluszowego była odra, która w okresie wylęgania, albo w okresie zwiastunów spowodowała tylko nasilenie dawnego kokluszu z nawrotem świeżych gwałtownych ataków kaszlu. Jakkolwiek więc w wielu przypadkach „szyldy" rozpoznawcze ulegają z powodu trudności rozpoznawczych zamianie — to jednak w końcowym rezultacie ostateczny wynik takiej statystyki jest zgodny z istotą sprawy, co dowodzi, że w równej częstości każda z tych chorób prowadzi poprzez zapalenie płuc do śmierci w pierwszym okresie dzieciństwa.

W przypadku naszym słuszność wypowiedzianego poglądu znajduje potwierdzenie praktyczne. Z opisu choroby wynika jasno, że zakażenie odrą nie było dla dziecka 4-letniego z kokluszem obojętne, że już w okresie wylęgania i zwiastunów sprowadziło pogorszenie stanu dziecka, najpierw przez nasilenie ataków kaszlu, a potem przez zapalenie płuc obustronne.

Łatwo zrozumieć, że dziecko mogło umrzeć z powodu stanu płucnego (czy mózgowego) zarówno w okresie wylęgania czy zwiastunów odry, jak i w okresie wysypkowym lub powysypkowym. Nie trudno również pojąć, że w ocenie ewentualnej przyczyny zejścia śmiertelnego — miał prawo lekarz równie dobrze przyjąć zapalenie płuc kokluszowe czy zapalenie mózgu kokluszowe — a więc krótko koklusz — jak zapalenie płuc poodrowe, czy nawet zapalenie mózgu poodrowe, a więc krótko odrę. Wszystko zależało od tego, w którym momencie choroby nastąpiło zejście śmiertelne i które z obu zakażeń swoim obrazem klinicznym wybiło się w umyśle lekarza na pierwszy plan. Lekarz mógł bez swojej winy nie zauważyć u dziecka agonizującego objawów zwiastunnych odry, (nie mówiąc już o trudnościach oceny okresu wylęgania odry) dających się pokonać tylko na podstawie wyników dokładnego śledztwa epidemjologicznego otoczenia dziecka. Lekarz więc „słysząc" tylko koklusz, a nie „widząc" odry miał prawo za przyczynę ewentualnej śmierci

dziecka przyjąć koklusz — naodwrót w innym przypadku — gdy dziecko zmarło wśród wysypki, albo po wysypce odrowej, lekarz „widząc" tylko odrę a nie „słysząc" kokluszu miał prawo za przyczynę ewentualnej śmierci dziecka przyjąć odrę. A tymczasem istotną przyczyną śmierci byłaby w danym przypadku i odra i koklusz — czyli bliska korrelacja tych dwóch chorób.

W świetle tego rozważania ujawnia się nietylko trafność moich poglądów o istnieniu bliskiego powinowactwa tych dwóch infekcyj, ale także odsłania się w pełni istota względnej wartości najlepiej nawet skonstruowanej statystyki zakaźno-sanitarnej w tym przedmiocie.

Jakkolwiekby było z oceną zakaźno-sanitarną, czy to w kierunku odry, czy w kierunku kokluszu — w tym konkretnym przypadku — to pewna, że anatom patologiczny nie miałby w tym względzie skrupułów natury zakaźnej i zadowoliłby się stwierdzeniem zapalenia płuc, jako istotnej przyczyny śmierci, nie próbując rozstrzygnąć, w jakim stopniu koklusz, a w jakim odra wywołała to zapalenie. Nie wchodząc w trudności oceny etjologicznej, jakie przedstawia dla anatoma mózg kokluszowy dziecka, chcę dać wyraz temu przekonaniu że na wypadek śmierci tego dziecka w ciągu długotrwającego procesu płucnego, który się rozwinął w związku z korrelacją odry i kokluszu, anatom patologiczny, jakkolwiek nieuprawniony przy dzisiejszym stanie wiedzy do wydawania sądu o roli odry i kokluszu, w danym przypadku odniósłby inny triumf natury anatomicznej nad klinicystą i rozstrzygnąłby w sposób kategoryczny drugą koniecznie niepokojącą lekarza klinicystę wątpliwość już nie o przyczynie choroby zakaźnej, ale o jej skutku t. j. o naturze jej skutku. Anatom patologiczny nie „widzi" odry ani „nie widzi", a tembardziej „nie słyszy„ kokluszu — ale za to widzi z łatwością czy proces płucny w związku z odrą czy kokluszem jest zapaleniem płuc czy gruźlicą. A tymczasem klinicysta nawet tak fenomenalny, jak Pospischill nieraz się w tym właśnie punkcie myli i rozpoznaje gruźlicę tam, gdzie była pneumonja, a pneumonję tam gdzie była gruźlica. W przypadku naszym tylko ujemny wynik badania bakterjologicznego plwociny i kału w czasie choroby — pozwalał nam na rozpoznanie zapalenia płuc. Kontrolne badanie po wypisaniu ze szpitala pozwalało na potwierdzenie tego rozpoznania *ex post*. Proces zapalenia płuc przewlekłego poodrowego u dziecka kokluszowego, prowadząc do wyniszczenia dziecka, imituje obrazem klinicznym i rentgenologicznym w zupełności gruźlicę płuc i zasługuje zupełnie na nazwę, którą Carette tej postaci nadał: *phtisis pneumonica morbillosa*, albo na nazwę Hutinela: *broncho-pneumonia pseudo-tuberculosa*. Przypadki takiej bronchopneumonji poodrowej, imitujące gruźlicę swoim kilkuletnim nieraz przebiegiem, opisałem wyczerpująco w Medycynie w r. 1930.

W przypadku wyżej opisanym przez nas uderzała od początku choroby nadmierna sinica obwodowa przy braku zmian ze strony serca. Był to ten typ sinicy, spotykanej w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, jak w durze brzusznym, w posocznicy, w cholerze, gdy skutkiem silnego zatrucia ustroju toksynami przychodzi do porażenia ośrodka naczynioworuchowego. Nadmierne rozszerzenie w tych razach łożyska naczyniowego obwodowego odbiera warunkom krwiobiegu ten wielce pomocniczy czynnik, jakim jest t. zw. ‚serce obwodowe" czyli napięcie tętnic drobnych.

Drżenie rytmiczne i powolne głowy i członków, przypominające drżączkę poražną, było pochodzenia pozapiramidowego prawdopodobnie na tle podrażnienia jądra czerwonego.

Przypadek nasz poruszał również zagadnienie nosicielstwa błonicy. W 7-ym tygodniu po odrze stwierdzono przypadkowo z okazji badania bakterjologicznego plwociny obecność w obfitej ilości maczugowców błoniczych. Dziecko więc było w związku z przebytą odrą, jak to często bywa, nosicielem błonicy. Przypadek jest instruktywny, bo uczy, że w przypadkach śledztwa bakterjologicznego co do nosicielstwa błonicy w szpitalach dziecięcych nie należy się zadawalać wykonywaniem posiewu z nosa, z gardła i z pochwy, ale wypada zwłaszcza w przypadkach schorzeń dróg oddechowych, (najczęstszych na materjale dziecięcym) przeprowadzać również bakterjologiczne badanie plwociny. Należyta umiejętność pobierania plwociny z krtani u dziecka, które samo rzadko wypluwa plwocinę, winno się stać niezbędnym warunkiem wykształcenia każdego pedjatry i łączy się *caeteris paribus* z umiejętnością intubacji.

W przypadku naszym wstrzyknęliśmy dziecku surowicę błoniczą, jakkolwiek uważaliśmy teoretycznie obecność zarazków Loefflerowskich za wyraz zakażenia wtórnego bakterjami wychodźczemi *(bacilles de sortie)*. Nie przypisujemy wstrzyknięciu temu roli leczniczej, ponieważ nikt nie udowodnił napewno, aby sam zarazek Loefflerowski zdolny był wywołać zmiany zapalne w płucach. Zmiany takie winny mieć charakter zapalenia włóknikowo-krwotocznego. Wprawdzie Duchon-Flandin przypisywali wielką rolę maczugowcowi błoniczemu w genezie i w śmiertelności zapalenia odoskrzelowego płuc u dzieci — ale poglądy te nie zostały potwierdzone przez Dufourta, który specjalnie opracowywał bakterjologję zapalenia płuc u dzieci. Jesteśmy skłonni z Lereboullet'em, Lesné, Grenet'em uważać obecność maczugowca błoniczego za epizod często spotykanego zakażenia śródszpitalnego.

Przypadek przez nas opisany, porusza jeszcze temat profilaksji zakaźnej w szpitalu dziecięcym. Przypadek poucza, jak dziecko, przybywające z jedną chorobą mimo najlepszych warunków sanitarno-higjenicznych, nie łatwo może się ustrzec przed zakażeniem śródszpitalnem i porusza zagadnienie, omówione przezemnie w r. 1930 w Medycynie, o potrzebie poznania wskazań do leczenia szpitalnego chorób dziecięcych. W danym przypadku wskazania do leczenia szpitalnego właściwie nie było, bo obraz mózgowy jakkolwiek paniczny nie wymagał leczenia szpitalnego, ale raczej tylko rychłego rozpoznania.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Kiła (Traité de la syphilis). Tom I i II dzieła zbiorowego pod dyrekcją Prof. Jeanselma. Paryż. 1931. Doin et Cie.

Dwa tomy tego opracowania zbiorowego przez rozmaitych autorów są początkiem dużego dzieła, zakreślonego szeroko, które ma obejmować 7 tomów. W pierwszym tomie kreśli Prof. Jeanselme po krótkim zarysie o istocie kiły, historję tej choroby w sposób bardzo wyczerpujący i zajmujący. Dane historyczne układa autor wedle znalezionych dotąd dokumentów i danych faktycznych w epoki od starożytności aż do czasów najnowszych. Roztrząsając dane co do czasu pojawienia się kiły w Europie, przechodzi on do historji doświadczeń, lecznictwa, a nawet środków zapobiegawczych. Rozdział ten historyczny (460 stron) kończy Prof. Jeanselme opisem chorób analogicznych lub pokrewnych z kiłą — tak u ludzi, jak u zwierząt. Osobny rozdział poświęca autor etjologji ogólnej kiły nabytej.

W części o kile doświadczalnej, wyszłej z pod pióra A. Sézary'ego, E. Schulmanna i G. Levy'ego, uwzględniono w bardzo szerokim zakresie, olbrzymie piśmiennictwo tego przedmiotu t. j. doświadczeń, dokonanych tak u rozmaitych zwierząt jak i u ludzi, badań z rozmaitemi szczepami i rozmaitemi metodami. Proces rozwijania się odporności w kile opracowali E. Schulmann i A. Lemaire, poruszając ten temat bardzo ostrożnie i oświetlając to niejasne i skomplikowane zagadnienie zestawieniem wykonanych w tym kierunku prac i doświadczeń.

Drugi tom tego dzieła rozpoczyna biologja krętka bladego, napisana przez Touraine'a, który przedstawił te kwestję tak ze stanowiska historycznego, jak i pod względem technicznym, uwzględniając szeroko tak morfologję tego krętka i porównawczą, jego własności biologiczne, jak i sposoby hodowli, klasyfikacje i sposoby rozpoznawcze. Zmiany anatomiczne ogólne w kile przedstawił J. de Jang. Odczyny serologiczne, zestawione przez R. Demarche'a, zajmują powyżej 400 str. druku. Opisano tu nietylko klasyczną metodą Bordet-Wassermanna i rozmaite jej modyfikacje, — nietylko metody kłaczkujące, ale objaśniono je także dotąd znanemi teorjami, dając równocześnie ogólny obraz dotychczasowych zapatrywań o znaczeniu praktycznem tych badań serologicznych. Ten drugi tom dzieła kończy artykuł G. Lévyego o odczynach biologicznych, luetynowych i glykocholowych, — który wyjaśnia i potwierdza ich znaczenie w rozpoznaniu kiły i zastanawia się nad ich swoistością.

Dzieło to opatrzono licznemi rycinami w tekście i na barwnych tablicach, co nadaje mu obok bardzo starannego wykonania typograficznego, charakter wydawnictwa wprost zbytkownego. Obszerne i szczegółowe opracowanie oddzielnych działów czyni je niezbędnemi dla każdego, który pragnie pracować lub pracuje nad jakąkolwiek kwestją związaną z kiłą. To też każdy, kto wziął do ręki te dwa pierwsze tomy, oczekuje z niecierpliwością na dalsze (jeszcze pięć tomów), które dadzą obraz wszystkich okresów kiły.

Wydawnictwo to w cenie niezbyt wygórowanej, — bo 200 fr franc. za tom, — przynosi zaszczyt nietylko autorom, ale także znanym wydawcom: G. Doin et Cie, Paris VI-e, 8, place de l'Odéon.

F. Krzysztalowicz.

Michel Léon-Kindberg: *„La collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire"*. Masson 1931. 2 wydanie. Str. 181. Cena 22 fr. franc.

Książka ta należy do cyklu *„Médecine et chirurgie pratiques"*. To też autor zastrzega się we wstępie, że nie zamierza bynaj-

mniej zagłębiać się w szczegóły techniki odmy, interesujące raczej specjalistów, ale ma na celu przedewszystkiem omówić te strony problemu leczenia odmą, które są szczególnie ważne dla lekarzy wykonywujących praktykę ogólną.

Należy uznać, że z tak postawionego sobie zadania wywiązał się Kindberg doskonale.

Po skreśleniu w rozdziale I. uwag wstępnych i zarysu historycznego, przechodzi autor do dokładnego rozpatrzenia warunków, wskazań i przeciwwskazań ogólnych oraz miejscowych dla założenia klasycznej t. j. jednostronnej sztucznej odmy piersiowej. Dotykając krótko techniki odmy podkreśla dane, zdobyte własnem 20-letniem doświadczeniem, poczem omawia również powikłania, czas trwania, wyniki i sposób działania odmy klasycznej (r. II.). Następnie wyszczególnia rodzaje odmy piersiowej, odróżniając odmę umiejscowioną, odmę niepełną oraz odmę obustronną (naprzemienną i równoczesną) (r. III.), jakoteż odmę oliwną (r. IV.). Zatrzymuje się dłużej zwłaszcza nad dwiema ostatniemi odmianami, zastanawiając się nad wskazaniami, techniką, powikłaniami i wynikami tychże. Przytacza nieprawdopodobny wprost przypadek prawie całkowitej odmy obustronnej u chorego, który bez objawów zmęczenia odbywał dwa razy w miesiącu podróż z Hawru do Paryża celem dopełnienia odmy. Rist na podstawie analizy fizjopatologji oddechania w takich paradoksalnych przypadkach tłumaczy możliwość istnienia ich tem, że chorzy z obustronną odmą jednoczesną nie zatrzymują w płucach prawie żadnego powietrza zalegającego, ani zapasowego podobnie, jak noworodki względnie oseski. Zatem u ludzi tych powietrze oddechowe wypełnia przy wdechu całe prawie płuca, które znowu w fazie wydechu przedstawiają narząd o niemal zbitej spoistości. W V. rozdziale rozpatrywuje Kindberg zabiegi chirurgiczne, służące dla uzupełnienia, względnie zastąpienia odmy sztucznej w razie niemożności wykonania tejże, jako to: śródopłucnowe przecinanie zrostów, wyrwanie nerwu przeponowego, pozaopłucnową torakoplastykę (całkowitą lub częściową) oraz apikolizę z założeniem plomby płucnej. W końcowych wywodach (r. VI.), autor stara się uwydatnić czołową rolę kolapsoterapji w walce przeciwko gruźlicy i akcentuje znaczenie jej prawno-społeczne i społeczno-ekonomiczne. Bo też sztuczna odma piersiowa coraz bardziej zyskuje jednomyślne prawie uznanie fizjologów od czasu, kiedy przez zastosowanie aseptyki i odkrycie promieni Roentgena z przypadkowych prób, wykonywanych na ślepo, stała się prawdziwie naukową metodą leczniczą.

Przy każdym z 6 rozdziałów zamieszcza autor spis odnośnego piśmiennictwa, uwzględniając obok francuskich także prace angielskie i niemieckie. Dla uzmysłowienia zmian płucnych służą 2 rentgenogramy, 1 fotografja oraz 16 schematycznych rysunków, bezpretensjonalnych, a doskonale odpowiadających swemu celowi.

Tak więc w małej objętości zdołał autor pomieścić całą obfitość materjału, dotyczącego bardzo żywotnej sprawy leczenia odmy, w sposób stojący na poziomie najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej. Jasny i łatwo zrozumiały, a przytem zajmujący spisób pisania podnosi wartość tej ze wszech miar godnej polecenia książeczki.

Dr. A. Finkel (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 21, z 21 maja 1931: Wł. Sterling: Objaw karkowo-korzeniowy. — L. Justman: Dwa przypadki ciężkiego nieżytu wrzodziejącego esicy wyleczone emetyną. — J. Stein: Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań. (Streszcz. pogl.). — L. Zamenhof: Czemu znachorstwo pomimo postępu medycyny zyskuje sobie coraz więcej zwolenników i droga walki z niem (dok.). — M. Kacprzak: Z zagadnień węgierskiej służby zdrowia.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 21, z 24 maja 1931: Protokół Og. Zjazdu delegatów P. P. T. F. (dok.). — Sprawy zawodowe.

Położna, rok IV, nr. 5, z maja 1931: St. Mączewski: Rak narządu rodnego (dok.). — J. Fischer: Schorzenia tkanki przymacicznej. — Fr. Ks. Cieszyński: O żółtaczce u noworodków. — T. Kulczyński: Pielęgnowanie położnicy (dok.).

Pielęgniarka Polska, rok III, nr. 4—5, za kwiecień i maj 1931: T. Mogilnicki: Szpitalnictwo dziecięce w Polsce i jego zadania. — J. Miedzińska: Pielęgnowanie dziecka przy zapaleniu płuc. — W. Jasiński: Odpowiedzialność pielęgniarki wobec dziecka. — W. Bukowska: o izolowaniu noworodków. — P. Mężyński: Działalność pielęgniarki społecznej w poradni dla matek. — M. K.: Odwiedziny u niemowlęcia. — St. Legutkowa: Praca pielęgniarki.

Medycyna, nr. 10, z 21 maja 1931: W. St. Melanowski: Dziedziczność a narząd wzroku. — P. Demant: Wpływ chloralozy na wydzielanie moczu. — Wł. Mikułowski: Przypadek kokluszowego zapalenia mózgu u dziecka kiłowego. — E. Landau i K. Prechnerówna: Przypadek tętna włosowatego bez objawów niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. — B. Karbowski: W sprawie niezwykłego objawu przetokowego w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka sutkowego, obserwowanego przez Dr. A. Żebrowskiego. — K. Neugebauer: Rys historyczny Szpitala ewangelickiego w Warszawie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XX, nr. 2, z 15 maja 1931: L. Korczyński: W sprawie lekarskiego i gospodarczego prestiżu polskiego zdrojownictwa. — L. Korczyński: Przyrodzone źródła sił i zdrowia Ziemi Krakowskiej (c. d.).

Lekarz Polski, rok VII, nr. 5, z 1 maja 1931: M. Zachert: Międzynarodowa organizacja przeciwjaglicza. — St. Rudzki: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — Z. Rudolf: Właściwości dobrej i złej wody (dok.). — W. Borkowski: Projekt. Skoordynowanie działalności przeciwwenerycznej rządu, samorządu, instytucyj ubezpieczeń społecznych oraz stowarzyszeń społecznych (dok.). — Medycyna społeczna zagranicą. — Z ubezpieczeń społecznych.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 10, z r. 1931: S. Stendig: Tydzień dziecka. — J. Prażmowska: Wiosna i lato w mieście. — J. Pisarczykówna: Wycieczki zamiejskie z dzieckiem. — H. Niemczycka: Hartowanie wodą. — W. Dobrzańska: Pielęgnowanie chorego dziecka. — E. Łuniewska: Dziecko niedonoszone.

Przegląd dentystyczny, rok XI, nr. 5, z maja 1931: Zeńczak: Racjonalne wycinki dla dostawek płytkowych (c. d.).

Rocznik pedjatryczny, zeszyt XVI, z maja 1931: Wł. Sterling: Polska myśl psychjatryczna w walce z alkoholizmem. — J. Modrakowski: Działanie farmakologiczne i toksykologiczne alkoholu. — St. Borowiecki: Alkohol i dziedziczenie. — M. Zieliński: Konstytucja i alkoholizm. — M. Rose: Zmiany architektoniczne mózgu w alkoholizmie. — Fr. Wichert i R. Dreszer: Histopatologja ośrodkowego układu nerwowego w alkoholizmie. — J. Nelken: Ostre upicie się i przestępczość. — R. Markuszewicz: Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem. — J. Gawroński: Alkoholizm u dziatwy i młodzieży, a szkoła. — St. Deresz: Leczenie pozazakładowe alkoholików. — Wspomnienia pośmiertne: Ś. p. Jan Piltz, Ś. p. Karol Rychliński.

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom XIII, zeszyt 3—4, z r. 1931: — W. Wróblewski: Morfologja mikroba zarazy płucnej bydła. — Z. Szwojnicka: Badania nad odczynami kłaczkującemi w kile (Odczyn citocholowy Sachs'a i Witebsky'ego). — Amzelówna: O szczepach wyhodowanych podczas epidemji duru brzusznego. — J. Glass: Badania nad wpływem naświetlań promieniami pozafiołkowemi na rozmieszczenie chloru we krwi. — S. Dłużewski: Zdolność fagocytarna leukocytów krwi świnek morskich podczas gnilca doświadczalnego. — J. Szymańska: Hamujące działanie żółci na wzrost mgławicowy odmieńca. — L. Hirszfeld: Badania nad grupami krwi w związku z zagadnieniami serologji konstytucyjnej. — Z. Karłowski: Działalność oddziału pasteurowskiego w roku 1929. — F. Przesmycki: Metodyka badań oraz oficjalne przepisy określania wartości surowic leczniczych i produktów bakteryjnych. Surowice: przeciwbłonicza, przeciwtężcowa i przeciwczerwonkowa.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Gruźlica.

Streszczenie prac w sprawie BCG, ogłoszonych drukiem przez Międzynarodowy Zjazd Przeciwgruźliczy w Oslo 1930.

Calmette A. *La vaccination preventive par le BCG.* streszczenie w protokóle z XXVIII. posiedzenia naukowego Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego. (P. G. Lek. Nr. 9. 1931. str. 172).

F. Neufeld. (Berlin). *La vaccination preventive de la Tuberculose par le BCG.* Po licznych obserwacjach metoda BCG. może być uważana jako nieszkodliwa. Zaszczepienie zwierzętom B. C. G. nie wywołuje gruźlicy czynnej, daje pewną odporność, ale nie wielką. Szczepienia podskórne okazują się jako znacznie skuteczniejsze, a dawki silniejsze są lepsze aniżeli małe. Odporność wy-

wołana przez B. C. G. u świnki morskiej robi proces chorobowy tylko wolniejszym, u ptaków i bydła odporność jest większa. Badania porównawcze na zwierzętach ze świeżym szczepem ludzkim wykazały, że B. C .G. wraz ze zmniejszoną zjadliwością daje mniejszą odporność. O rezultatach ostatecznych nie można jeszcze mówić, gdyż obserwacja jest za mała i krótka, należy obserwować dzieci szczepione i nieszczepione, chowane w tych samych warunkach.

Wil. H. Park (New-York). *The B. C. G. Vaccine its cultural characteristics and its Imunizing value.* Badania na świnkach przeprowadzane wraz z Kinigiem i Weltonem dały dowód nieszkodliwości nawet dużych dawek B. C. G. Możliwość jednak wzrostu zjadliwości na odpowiednich pożywkach przyjmują jako dowiedzioną. Uważają wyniki badań Petroffa za pewne, stwierdzają sami w hodowlach pewne kolonje żywiej się rozmnażające i lepiej rosnące.

Z doświadczeń na szczepionych dzieciach wynika tak zmniejszona śmiertelność, jak i zupełna nieszkodliwość szczepień doustnych, dających niewątpliwie pewną odporność na wtórne zakażenia.

L. Saye. (Barcelona). *La Vaccination antituberculeuse par le B. C. G.* Badania wielu lekarzy hiszpańskich na zwierzętach potwierdziły nieszkodliwość B. C. G. Munoyerro przeprowadził szereg sekcyj na dzieciach szczepionych w wieku od 0—2 r. życia zmarłych nie na gruźlicę, stwierdził tylko powiększenie gruczołów krezkowych bez zserowacenia. Pittaluga i Garcia badali obraz krwi u szczepionych. Odczyn występuje na drugi tydzień po szczepieniu. Najczęściej jest monocytoza, następnie limfocytoza na koszt neutrofilów, tendencja do eozynopenji i przesunięcie obrazu na lewo. Ilość dzieci zaszczepionych w Hiszpanji w klinikach, przytułkach, przychodniach, etc. wynosi 10.000. Nigdzie nie zauważono działania szkodliwego, owszem zmniejszyła się śmiertelność ogólna i na gruźlicę u szczepionych. Szczepiono podskórnie i doustnie. Badania z tuberkuliną u dzieci w tych samych warunkach narażonych na zakażenie, szczepionych i nieszczepionych wykazały, że u pierwszych alergja jest silniejsza i trwalsza, aniżeli u nieszczepionych. Obserwowano dzieci szczepione bez względu na otoczenie. Roentgen wykazuje drobne guzki w śródpiersiu i w okolicy oskrzeli, czasami z delikatnym cieniem dokoła. Guzki te znikały w 3. — 4. roku życia. U dzieci nieszczepionych w otoczeniu gruźliczem spotyka się adenopatję i przedwczesne wapnienie już od 3. miesiąca, u szczepionych wapnienie to występuje bardzo rzadko. Stosunek śmiertelności na gruźlicę u dzieci szczepionych do nieszczepionych był jak 1:2. Ogólna śmiertelność była też zmniejszona. Wnioski: doświadczenia w Hiszpanji są jeszcze niewielkie, te jednak które są, wykazują nieszkodliwość metody. Badania anatomiczne i hematologiczne potwierdziły wchłanianie szczepionki przez przewód pokarmowy. Statystyka porównawcza, na niewielkim wprawdzie materjale, wykazuje zmniejszenie śmiertelności u szczepionych. Obserwacja prób alergicznych i rentgenologicznych wykazała natychmiastową działalność szczepionki, która powoduje, iż dziecko jest prawie niewrażliwe na najczęstszą t. j. wielozarazkową postać zakażenia, a bardzo oporne na infekcję masową. Autor przypuszcza, że metoda znajdzie szerokie zastosowanie w Hiszpanji.

K. A. Jensen. (Kopenhaga). *B. C. G. Vaccination in Gwineapigs.* Wywody swoje oparł mówca na doświadczeniach na świnkach morskich. Stwierdza on uzyskanie pewnej odporności zgodnie z Calmettem, przyczem używał jadowitego szczepu hodowanego przez 3 lata metodą Calmette'a. Na szeregu doświadczeń udowadnia, że metoda szczepionki stosowana podskórnie przewyższa znacznie w swej skuteczności metodę doustną.

E. Maragliano. (Genua). *Le BCG. de la vaccination premunisante contre la Tuberculose.* Szczepienia ochronne przeciw gruźlicy zapoczątkował autor już przed 30 l. Pojawiały się inne jeszcze próby, ale nie wywołały zainteresowania. Wyniki otrzymane ze szczepienia B. C. G. są chwilowo dobre, ale nie wiadomo co pokaże przyszłość, bo zakażenie bytuje często w postaci ukrytej, a dopiero po czasie występuje na jaw. Teorje Calmette'a są w sferze doktryn, a nie biologji. Autor przypomina, że od 25 laty w Italji szczepił prątkiem zabitym ze skutkiem dobrym: obniżał śmiertelność na gruźlicę. Skutki są te same jak przy B. C. G., a ma 25 lat doświadczeń za sobą. A zresztą ani klinika, ani anatomja patolog. nie upoważniają do przypuszczenia, że prątki żywe lub prawie żywe są konieczne do wywołania odporności. Uważa, że należałoby szczepić kilkoma szczepionkami, a nie ograniczać się do jednej. Odnosi się do B. C. G. z rezerwą i przekąsem.

O. Scheel. (Oslo). *Vaccinations par injections de B. C. G. en Norvège.* Szczepią od 1926 r. Wraz z Heimbekiem robili u nowo wstępujących do zakładów przeciwgruźliczych pielęgniarek (w wieku około 20 lat) próbę Pirqueta. Zauważyli, że te u których Pirquet był ujemny, a tych w Norwegji jest dużo, wyłącznie prawie ulegały schorzeniom na gruźlicę. Te szczepili zapomocą B. C. G. jak dotychczas z wynikiem dobrym, t. zn. iż w czasie służby w zakładach nie chorowały. U studentów wstępujących do zakładów przeciwgruźliczych stosowano to samo. Ogółem zaszczepiono 2973 dzieci i młodzieży. Kilka wypadków gruźlicy wystąpiło w kilka tygodni po szczepieniu, wtedy gdy odporność nie mogła się jeszcze rozwinąć. Reakcja skórna po szczepieniu była zawsze dodatnia, czasami bardzo późno, bo dopiero po 28 miesiącach. Z tego wysnuwa autor wnioski, że: 1) reakcji dodatnia późna została wywołana przez superinfekcję prątkami ludzkiemi, 2) szczepienie daje odporność, mimo, iż nieraz reakcji dodatniej, dowodem na to jest, że żadna z tych pielęgniarek o późnej reakcji nie zachorowała. Niemiłem powikłaniem są ropnie w ilości od 7,4% do 56%. Im bardziej powierzchownie robi się zabieg, tem większe szanse wystąpienia ropnia, najlepiej jest wstrzykiwać w tkankę podskórną. Poza tem innych powikłań nie obserwowano. Odnosi się do metody z entuzjazmem.

Heynsius Van den Berg. (Amsterdam). *La Vaccination preventive de la tuberculose par le BCG.* Szczepią od 1926 r. Początkowo tylko niemowlęta, będące w kontakcie z gruźlicą: po przekonaniu się o nieszkodliwości zabiegu, rozszerzono zakres działania. 365 dzieci zaszczepiono. Ze 198 dzieci szczepionych do roku umarło 7, co mniej więcej odpowiada ogólnej śmiertelności w Amsterdamie (3,1%). Po 12 mies. życia, żadno z dzieci nie umarło. W statystyce porównuje dzieci szczepione i nieszczepione, oba rodzaje chowane od początku w otoczeniu gruźliczem przyczem uwzględnia złą i dobrą profilaksję. Z zestawień wynika, że chorobowość i śmiertelność u dzieci szczepionych bez względu na profilaksję była znacznie mniejsza. Starają się zawsze, aby matka zaraźliwa rodziła w szpitalu, gdzie dziecko przez 12 dni jest od niej oddzielone. Ten okres czasu uważa mówca za najmniejszy, po której matka może się zająć dzieckiem, możliwie bez szkody dla niego.

Michałowicz. (Warszawa). *Les Resultats des vaccinations contre la tuberculose par la methode de Calmette.* Szczepi się od 1926 r. Zajmuje się tem specjalny komitet wraz ze Związkiem Przeciwgruźliczym i Państwową Szkołą Higjeny. Dla lepszej kontroli szczepiono pojedyńczo. Zaszczepiono 5.200 noworodków w Warszawie i 1.737 w Poznaniu.

Warszawa. — 3.634 było zaszczepionych do 1. VIII. 1929. r. Mimo usiłowań można było skontrolować tylko 920 t. zn. 20%. Wyniki ogłoszone przez Prokopowicz-Wierzbowską w Revue française de Pediatrie w 1930. Komitet kierownictwa akcji postawił sobie pytanie 1) czy szczepienie metodą Calmette'a nie wywiera złego wpływu na rozwój dziecka. 2) Czy złe warunki higieniczne, wyczerpanie, choroby, osłabiające organizm nie powodują zwiększenia żywotności B. C. G. 3) Jaka była przyczyna śmierci i wyniki sekcyj dzieci szczepionych. 4) Czy szczepienia u dzieci wywołały stan, w którym nie oddziaływują one na tuberkulinę. 5) Jaki jest los dzieci, które przebywają stale w środowisku gruźliczem.

Obserwacja wykazała, że szczepienie nie ma żadnego wpływu na rozwój dziecka. Mimo złych warunków dzieci te rozwijały się lepiej, aniżeli nieszczepione. Szczepienie wywiera dobroczynny wpływ, zwiększając odporność przeciw innym chorobom. Złe warunki życiowe nie wzmagają żywotności B. C. G. W żadnym wypadku nie stwierdzono gruźlicy u dziecka w otoczeniu nie gruźliczem. Na 648 dzieci 56 zmarło skutkiem różnych chorób, 15 sekcyj wykonanych nie wykazało śladu gruźlicy. 6 dzieci umarło na gruźlicę, te były stale w styczności z gruźlicą. U szczepionych istnieje pewna alergja na tuberkulinę, znacznie słabsza jednak aniżeli u zakażonych w sposób zwykły. Pirquet jest też słaby, w polskich doświadczeniach 21% wyników dodatnich. Pewna liczba dzieci szczepionych, które przebywały od urodzenia w środowisku gruźliczem, została zarażona 64—86%, postać chorobowa jednak dobrotliwa, z wyjątkiem 6 dzieci dotkniętych ciężkiem schorzeniem. Zakażenie tych sześciorga było bardzo wczesne i silne. Wnioski: szczepienie daje pewną odporność, dzieci jednak powinne być oddzielane.

Szczepienie w Poznaniu obejmuje 1.737, z tego podskórnie 8. (0,01 mg), z końcem roku 100 zaszczepiono powtórnie, z tego 1 doustnie, reszta podskórnie 0,01—0,025 mg. Wyniki podobne jak w Warszawie. Ważne są badania anatomo-patologiczne i bakterjologiczne, przeprowadzone przez małż. Zeylandów ogłoszone w *Annales de l'Institut Pasteur 1929.*

Autorzy ci zrobili 66 sekcyj dzieci szczepionych, zmarłych nie na gruźlicę 1) w 41 przypadkach przeprowadzono sekcję, badanie histologiczne, bakterjoskopowe, szczepienie na świnkach morskich i na jaju metodą Hohna; 2) w 13 przypadkach tak samo bez szczepienia Hohma; 3) w 7 przypadkach sekcja, badanie histologiczne i bakterjoskopowe. 4) w 5 przypadkach tylko sekcja bez po-

dania wieku dzieci. Na 66 w 1 wypadku, gdzie rozpoznanie opiewało dyspepsja i dystrofja, stwierdzono nieznaczne zmiany gruźlicze. Autorzy wyhodowali z gruczołów krezkowych dzieci szczepionych prątki kwasooporne, które w doświadczeniach na świnkach morskich wykazały właściwości podobne do B. C. G.

Streszczenie:

1) B. C. G. jest nieszkodliwy i nie może wywołać zmian gruźliczych nietylko u dzieci normalnych, ale także i u wcześniaków i słabych.

2) Zarazki zaszczepione doustnie mogą przejść przez ścianę przewodu pokarmowego bez naruszenia jej, wbrew temu, co mówił Nobel i jego szkoła.

3) Przedłużenie pobytu zarazka w ustroju dziecka, nawet osłabionego chorobą, nie zwiększa jego żywotności.

4) B. C. G. sam może wywołać alergję tuberkulinową.

5) Jest koniecznem oddzielenie dzieci na 4 tyg. po zaszczepieniu t. j. do czasu wystąpienia odporności przeciwgruźliczej. Ponadto autorzy zaszczepili dużemi dawkami króliki i świnki morskie.

Wnioski.

Jeżeli doświadczalnie wprowadzi się B. C. G. w ten sposób, że większa ich ilość nagromadzi się w tkance, wtedy może przyjść do obumarcia. Martwica może wystąpić i po zaszczepieniu nieżywych B. C. G., wywołują ją endotoksyny. Podobną własność mają saprofity kwaso-oporne.

W warunkach zwykłych t. j. w szczepieniu przeciwgruźliczem B. C. G. jest nieszkodliwe, życie jego w ustroju zwierzęcym jest krótkie. W preparatach histologicznych można zauważyć aktinomykotyczne B. C. G., które są odczynem komórek ustroju na nagromadzenie zarazków. Piasecka-Zeylandowa w swych badaniach doszła do rozgraniczenia B. C. G. na 3 typy. R — nie zjadliwy obserwowany przez Petroffa i Krausa. S — obserwowany przez Krausa i pośredni — O — jeden z tych nazwanych przez Petroffa „S". W warunkach doświadczalnych, ani „S" ani „O" nie wywołują gruźlicy u świnki.

J. Cantacuzène. (Budapeszt). *Resultats des vaccinations des nouvau-nes contre la Tuberculose par la methode Calmette Guerin (BCG.) effectuées en Roumanie.* Szczepi się od 4 lat. Ogólna ilość zaszczepionych przeszło 45 tys. W roku ubiegłym wydano sprawozdanie (wtedy było tylko 30 tys.). Doświadczenia na tym materjale wykazały zupełną nieszkodliwość szczepień. Dzieci szczepione rozwijały się zupełnie normalnie. Również nie obserwowano jakichś przypadków po rewakcynacjach, których dokonano 5.370 po 1. i 3. roku życia. W niewielu wypadkach zauważono lekkie krótkotrwałe podwyższenie ciepłoty i zajęcie gruczołów. Stan ten znikał po kilku dniach, bez wpływu na stan ogólny. Z małemi wyjątkami szczepiono doustnie. Fakt podwyżki ciepłoty i zajęcia gruczołów wskazują na wchłanianie drogą przewodu pokarmowego, mimo że dzieci liczyły 1 lub więcej lat życia. Śmiertelność ogólna u szczepionych jest 2—3 razy mniejsza. Według autora zmniejszyła się przedewszystkiem umieralność na gruźlicę u dzieci szczepionych, przebywających w otoczeniu gruźliczem. Z 25% spadła na 2,3% do 1,3%. 1.005 dzieci szczepionych przebywa z gruźliczemi rodzicami od początku, wyjątkowo tylko była stosowana izolacja. W Rumunji szczepiono bez względu na to, czy otoczenie było chore, czy też nie. Akcję zakrojono na szeroką skalę, szczepi się w 37 miastach.

Robiono zarzuty, że śmiertelność ogólna w pierwszych dniach po urodzeniu t. zn. w czasie szczepienia zwiększa się. O ile chodzi o Rumunję, to statystyka wykazała: że śmiertelność ogólna jest w pierwszych dniach mniejsza, aniżeli w ciągu pierwszego roku. Nie brano pod uwagę szczepienia. W mieście Craiowa statystyka szczepionych i nieszczepionych wykazała, że śmiertelność ogólna nietylko w pierwszym, ale i w późniejszych 2 latach u szczepionych była mniejsza od kilku do kilkunastu %. Wyniki po pierwszym roku są dlatego ciekawe, że nie przeprowadzono powtórnego szczepienia. Metoda w Rumunji cieszy się powodzeniem.

Carl Neslund. (Sztockholm). *Experiences sur la vaccination BCG. dans la province de Norrbooten.* Szczepił w prowincji Norbooten. Zaczęto szczepić w r. 1927. do 1-szego maja 1930 zaszczepiono 4.009 noworodków. Brak sekcji, podobnie jak w innych krajach, nie pozwala na dokładne zdanie sprawy ze skuteczności szczepień, skutkiem tego nie można wysnuć wniosków z % zgonów na gruźlicę szczepionych i nieszczepionych. Jeśli chodzi o Norbooten to ilość zgonów podana w statystyce była z pewnością mniejsza, aniżeli w rzeczywistości. Autor wobec tego wykazuje tylko wpływ na ogólną śmiertelność u dzieci, który jest rzeczywiście wybitny. Według statystyki śmiertelność u nieszczepionych jest cztery razy większa, aniżeli u szczepionych. Statystyka była dokładnie przeprowadzona od czasu, jak zaczęto szczepić do I. I. 1930. Według danych oficjalnych z pomiędzy szczepionych (4.009) zmarło 1 na *meningitis basilaris*, a z 8.342 nieszczepionych 17 na gruźlicę. Ale cyfry te według autora są nieprawdziwe. Jakkolwiek z tej statystyki nie można wysnuć wniosków o wartości szczepionki dla zwalczania gruźlicy, nie da się jednak zaprzeczyć jej wpływ na śmiertelność ogólną. Statystyka powiada, że ¼ szczepionych była w otoczeniu gruźliczem, podczas gdy ¾ byłe zakażone skądinąd. U nieszczepionych dane co do źródła zakażenia były nieliczne, tak, że nie można było robić zestawienia. Jeżeli wynikiem szczepienia jest zmiana oddziaływania ustroju na prątki, taka zmiana może wystąpić dopiero po miesiącu. Imunizacja w pierwszym miesiącu nie może istnieć. Ze sprawozdania wynika, że w pierwszym miesiącu procentowa śmiertelność ogólna jest u szczepionych w stosunku do nieszczepionych jak 0.4% : 4.7%, a w następnych 11 mies. stosunek się zmienia nieco na korzyść nieszczepionych 1,8% : 5.5%. Zmniejszenie więc śmiertelności nie zależy od imunizacji, bo tej w pierwszym miesiącu jeszcze niema. Pomimo, że te badania nie dają dowodu, że szczepionka wywołuje odporność przeciwgruźliczą, wskazują jednak, że powoduje ona jakąś osobliwą reakcję ochronną przeciw gruźlicy. Gdyby tak było, to cyfra chorób zakaźnych u szczepionych i nieszczepionych powinna być ta sama. Statystyka wykazała, że rzeczywiście % jest ten sam u obu grup. Zmniejsza się jednak śmiertelność u szczepionych, w wypadkach *debilitas congenitalis* i schorzeń przewodu pokarmowego, które są znacznie częstsze u nieszczepionych.

Autor wysnuwa wnioski.

1) Szczepienie nie okazało się w żadnym wypadku szkodliwem.

2) Śmiertelność u szczepionych była znacznie mniejsza aniżeli u nieszczepionych.

3) Niema wyraźnego dowodu, któryby potwierdzał lub zaprzeczał teorji imunizacji przeciw gruźlicy wywołanej przez B. C. G.

4) Pewne obserwacje pozwalają przypuszczać, że względna zniżka śmiertelności gruźlicy u szczepionych w Norbooten pochodzi od sztucznej imunizacji przeciwgruźliczej.

5) Wyniki szczepienia zachęcają do dalszego stosowania.

Autor załącza 7 tablic statystycznych.

L. Węgrzynowski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 27 października 1930.

Przewodniczy: prezes Kol. Rożkowski.

1. Kol. Szwedowski przedstawił 26-letnią kobietę chorą na *gruźlicę*, która od kilku lat co rok zapada na parotygodniowy nieżyt oskrzeli z ciepłotą do 38°. W ostatnich czasach stwierdzone zostały u niej również zmiany gruźlicze ze strony oczu. Badanie w chwili obecnej wykazuje w płucach tylko zaostrzony wydech nad szczytem prawym; Pirquet dodatni, Biernacki: opadanie krwinek po 2 godzinach. Kol. Szwedowski sądzi, że u chorej tej występują okresowo wysiewy prątków gruźliczych drogą dokrewną i że cierpienie oczu nadaje się do leczenia tuberkuliną; leczenie to u niej już rozpoczął i wyniki poda do wiadomości po skończonem leczeniu.

2. Kol. Gutman przedstawił chorego chłopca z *lymphadenitis chronica t. b. c.* Bardzo silnie powiększone gruczoły chłonne szyi, niekiedy gorączkuje. 2-krotna kuracja w Ciechocinku bez skutku. Referent sądzi, że gruźlica gruczołów nie nadaje się do kuracji w Ciechocinku i że lepszy wynik dałoby leczenie promieniami Roentgena.

W dyskusji: kol. Lipiński obserwował przypadki zaostrzenia sprawy gruczołowej po naświetlaniach prom. Roentgena.

Kol. Szaniawski jest zdania, że solanki mogą wpływać dodatnio w tych przypadkach pośrednio przez wzmocnienie organizmu.

Kol. Szwedowski duże znaczenie przypisuje w tych sprawach polepszeniu ogólnych warunków higjenicznych (mieszkanie, odżywianie).

Kol. Rożkowski widział b. dobre wyniki po leczeniu tych spraw słońcem (według Rollier'a), względnie lampą kwarcową, pod warunkiem że nie będą to naświetlania miejscowe, lecz ogólne. Ujemnych skutków po Roentgenie nie spostrzegał, zdarza się niekiedy zropienie gruczołów, które jednak dobrze się zabliźnia.

Kol. Konar zapytuje, jak obecnie traktują te sprawy chirurdzy.

Kol. Mikulski odpowiada, że operacyjne usuwanie gruczołów stosuje się obecnie w tych wypadkach, gdy inne zabiegi nie dają wyników dodatnich.

3. Kol. Rożkowski wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. D-rze Kazimierzu Dłuskim, który był członkiem honorowym Częstochowskiego T-wa Lekarskiego. Prelegent omówił szczegółowo Jego działalność polityczną, społeczną i naukową, podkreślając jego wytrwałość i energję w osiąganiu zamierzonych celów (sanatorjum dla gruźlików w Zakopanem), Jego cenne prace o gruźlicy (wykaz szczegółowy tych prac). Między innemi prelegent zwraca uwagę, że Dr. K. Dłuski jeden z pierwszych spostrzegł, że pierwotne ogniska gruźlicze niezawsze znajdują się w szczytach. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

IV. Kol. Łokczewski wygłosił krótkie przemówienie z powodu zgonu prof. Kazimierza Noiszewskiego (członka honorowego Częstochowskiego T-wa Lekarskiego i prof. Edwarda Żebrowskiego, podkreślając wybitne zasługi obu tych lekarzy kresowych, godnie reprezentujących w czasach zaborczych naukę polską na obczyźnie. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

5. Kol. Łokczewski przedstawił swoje *wrażenia z kuracji w Cieplicach Trenczyńskich,* podając zasadnicze cechy stosowanej tam balneoterapji (skład chemiczny i ciepłota źródeł, baseny, okłady błotne, kocowanie). Następnie prelegent zestawił leczenie to z zabiegami stosowanemi w naszych zdrojowiskach siarczanych (Busk i Lubień Wielki). W zakończeniu podał szereg spostrzeżeń etnograficznych i językowych z pobytu na terenie Czechosłowacji. (Streszczenie własne).

Sekretarz: *A. Borkowski.*

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego z dn. 21 stycznia 1931 r. (wspólnie z Krakowskiem Kołem Internistów).

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia administracyjnego z dnia 14. stycznia 1931 odczytano i przyjęto do wiadomości.

Kol. Wachtel Henryk demonstruje przypadek: Nowotwór złośliwy sutka lewego z przerzutami w kościach i leczenie zapomocą promieni Rtg. (Autoreferat).

Chora F. W. lat 48, zgłosiła się po raz pierwszy w kwietniu 1929 podając, że od pół roku cierpi na silne bóle w krzyżach, w nogach, szczególnie w lewej dolnej kończynie. Chora nie może się wyprostować, ani schylić, trwa w skrzywionej postawie. Chodzenie prawie niemożliwe. Stan silnej kacheksji. Badanie objektywne wykryło w obrębie lewego sutka guz wielkości mandarynki, zrośnięty ze skórą, przesuwalny na klatce piersiowej, twardy, guzkowaty, niebolesny. Przerzutów w gruczołach pachowych i innych regjonalnych nie było. Badanie rentgenologiczne kręgosłupa i miednicy wykazało, że kości te poprzetykane są ogromną ilością drobnych ognisk resorbcji kostnej, od wielkości główki szpilki do wielkości pestki wiśni. Ogniska te były nie ostro konturowane, jednak otaczająca kość nie wykazywała odwapnienia. Niektóre zlewały się ze sobą, doprowadzając do wytwarzania się wielkich ognisk destrukcji kostnej. W ten sposób szereg kręgów lędźwiowych uległ częściowemu zniszczeniu. Na konturach kości widoczne były miejscami pierzaste delikatne cienie okostnowych uwapnień, charakterystycznych dla nowotworu złośliwego kości, w szczególności dla trzonów kręgów lędźwiowych i dla kości miednicy. Terapja chorej wydaje się zgóry skazaną na bezowocność. Od czasu jednak, kiedy do leczenia miejscowego promieniami dołącza się leczenie ogólne chorej widoki leczenia poprawiły się znacznie. I tak chora otrzymała szereg naświetlań rentgenowskich na najgłówniejsze i najbardziej dolegające ogniska kostne, jakoteż na guz w piersi. Poza tem zastosowano leczenie ogólne organizmu. Chora zgłosiła się ponownie po dwu miesiącach. Stan subjektywny był znacznie lepszy, bóle znacznie się zmniejszyły. Guz w piersi był mniejszy. Rentgenogramy wykazały znaczne uwapnienia ognisk destrukcji w kości, przyczem jednak cały szereg ognisk jeszcze wykazywał objawy aktywności. Chora otrzymała ponowną serję leczniczą promieniami Roentgena i dalsze zabiegi ogólne. Chora potem się nie zgłosiła. Podaje, że przyszła zupełnie do zdrowia, bóle zupełnie ustąpiły, chodzenie i ruchy grzbietem stały się łatwe i chora od tego czasu mogła zupełnie normalnie oddawać się swoim zajęciom. Dopiero w ostatnich dwóch miesiącach, a więc w półtora roku od ostatniego leczenia zaczęła chora znowu odczuwać bóle, tym razem w kończynie dolnej prawej. Zgłosiła się więc do ponownego leczenia. Badanie wykazuje, że guz w piersi jeszcze istnieje. Jest on niewielki, płaski, ruchomy, wyraźnych przerzutów w gruczołach niema. Rentgenogramy wykazują, że w obrębie szkieletu istnieje nadal bardzo wielka ilość ognisk przerzutowych, z których cały szereg odpowiada ogniskom uprzednio wykrytym. Do nich przyłączyły się nowe. Obraz kości w porównaniu ze zdjęciami z przed półtora roku wykazuje zaostrzenie procesu chorobowego. Zachęceni wynikiem uprzednich zabiegów rozpoczynamy ponowne leczenie chorej. O dalszych losach pomówimy. Dotychczasowy przebieg choroby jest jednak już dowodem, jak wiele można przy leczeniu raka uzyskać odpowiedniemi sposobami nawet w przypadkach, które zgóry wydają się stracone. Zupełny powrót do zdrowia na przeciąg wielu miesięcy musi być uważany w takim przypadku za wielki sukces, bez względu na to, jak się ukształtuje ostateczny przebieg chorobowy.

Kol. Frommer w dyskusji zapytuje, czy przeprowadzono badania histopatologiczne, ponieważ brak przerzutów w gruczołach świadczy przeciw *carcinoma.*

Kol. Wachtel. Badanie rentgenologiczne świadczy o charakterze rakowatym zmian w kościach.

Kol. Prezes poddaje pod głosowanie wniosek o zamianowanie członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego poprzedniego prezesa, Prof. Dra Latkowskiego, za zasługi położone dla dobra tegoż Towarzystwa. Wniosek przyjęto przez aklamację.

Kol. Doc. Siedlecki wygłasza odczyt: *Zagadnienia patogenezy niedokrwistości złośliwej w związku z postępem leczenia.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji:

Kol. Prof. Latkowski: Leczenie niedokrwistości złośliwej weszło na nowe tory; amerykańscy badacze wyosobnili z żołądka związek aminowy w stanie krystalicznym i podobno osiągnęli dobre wyniki w leczeniu niedokrwistości złośliwej tym preparatem. Klinika lekarska U. J. nawiązała już kontakt z nimi wraz z jednoczesną prośbą o dostarczenie tego środka celem przeprowadzenia badań.

Kol. Szczeklik wstrzykiwał naraz 30 ampułek preparatu *„hepar"*, zamiast 3 razy dziennie po 10 ampułek, — nie zauważył szkodliwego działania, przeciwnie regeneracja krwi odbywała się szybciej.

Kol. Braun. W niedokrwistości złośliwej przy dłuższem trwaniu procesu chorobowego wątroba nie działa i przychodzi do zejścia śmiertelnego; w nawrotach choroby u chorych, którzy się po raz trzeci na klinikę zgłaszali działanie wątroby wyczerpało się. Doświadczenia poczynione na I-szej Klinice wewnętrznej U. J. świadczą o dwukierunkowości działania wątroby, — przychodzi do zmian degeneracyjnych w mózgu i rdzeniu. Badania przeprowadzone z preparatami żołądkowemi świadczą o powolniejszem ich działaniu.

Kol. Mester. Niedokrwistości wtórne również dają objawy niedokrwistości rdzeniowej i wśród tej sprawy chorobowej występują, jako zaburzenia endokrynologicznej funkcji żołądka, *achylia gastrica* i podniesienie ciepłoty ciała.

Kol. Doc. Siedlecki nie zauważył przyśpieszonego działania wątroby przez zwiększenie dawek tejże; przy dłuższem stosowaniu preparatów wątroby występuje niedomoga dalsza narządów krwiotwórczych.

Kol. Prezes dziękuje prelegentowi i obecnym i zamyka posiedzenie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 stycznia 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 21 stycznia 1931 odczytano i przyjęto.

Demonstracja chorego z Kliniki chorób dziecięcych U. J.

Kol. Mróz przedstawia przypadek ziarnicy złośliwej u dziecka 6-cio letniego z Kliniki chorób dziecięcych U. J., które zmarło przed kilku dniami. Objawy kliniczne dotyczyły płuc, a na skórze wystąpiły zmiany w postaci osutki grudkowej. Po zbadaniu histologicznem wycinka ze skóry rozpoznano u chorego ziarnicę złośliwą, przyczem prelegent demonstruje preparaty histologiczne.

Kol. Białek przedstawia wynik sekcji powyższego przypadku, wykonanej w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J., który potwierdza w zupełności rozpoznanie kliniczne, stwierdzając ziarnicę złośliwą w postaci bardzo licznych złogów w płucach i przejście sprawy chorobowej na sąsiednie narządy wewnętrzne, co uwidacznia na demonstrowanych preparatach anatomicznych.

Kol. Miodoński wygłasza odczyt: Nowy sposób postępowania przy operacji radykalnej ucha środkowego i następowem leczeniu (z demonstracją chorych). (Autoreferat).

Operacja doszczętna ucha środkowego ulegała w ciągu swego przeszło 40 letniego istnienia licznym modyfikacjom. Bodźcem do tych modyfikacyj były pewne ujemne strony zabiegu doszczętnego, jako to: doraźne upośledzenie słuchu, nawroty ropotoku, postępujący w ciągu lat spadek czynności ucha wewnętrznego.

Badania histologiczne Neumanna wykazują, że w jamie pooperacyjnej, rzekomo idealnie wygojonej — rozgrywają się pod pokrywą nabłonka nieustannie chorobowe procesy kostne. Procesy te wiodą z jednej strony do zmian błędnikowych, z drugiej — do zniszczenia wyściółki nabłonkowej jamy pooperacyjnej. Wniosek, jaki można wyciągnąć z wyniku tych badań, jest ten, że niestałość stosunków w jamie pooperacyjnej powodowana jest obecnością materjału tkankowego o małej wartości biologicznej; wymuszamy na organiźmie, aby nabłonek płaski spoczywał na kości pokrytej tylko cienką warstwą tkanki bliznowatej.

Chcąc uniknąć tego nienaturalnego stosunku tkanek, podaje prelegent następujący sposób postępowania:

Po ukończeniu kostnej części zabiegu doszczętnego, wszczepia się w rozcięty przewód skórny uszypułowany płat skóry tak, że światło przewodu skórnego powiększa się w obwodzie o 12 mm, t. j. o szerokość wszczepionego płatu.

Ten wszczepiony płat służy równocześnie do odizolowania ucha środkowego i przewodu zewnętrznego od reszty jamy pooperacyjnej, która goi się przez wypełnienie ziarniną.

Główne korzyści takiego postępowania polegają na wyrugowaniu materjału biologicznie małowartościowego z zakresu jamy pooperacyjnej, na pozostawieniu nienaruszonej wyściółki ucha środkowego, ważnej dla czynności błędnika, która to wyściółka nie ma jednak warunków do wyrastania poza obręb ucha środkowego, na skróceniu czasu gojenia, na uniezależnieniu gojenia ucha środkowego od gojenia reszty rany, nawet wtedy, gdy zabieg rozszerzony został na zatokę, opony i t. d.

W końcu zastanawia się prelegent nad sprawą drożności trąbki. Przy operacji doszczętnej dąży się zwykle do zamknięcia trąbki, o ile ona w czasie operacji była drożna. Zabieg jednak zamknięcia trąbki niezawsze wiedzie do celu. Co więcej, okazuje się niejednokrotnie, że drożność trąbki wywiera korzystny wpływ na czynność słuchową ucha doszczętnie zoperowanego (Barány, Baurowicz, Neumann). Ponieważ jama pooperacyjna przy opisanym postępowaniu otoczona jest skórą pełnowartościową, można więc w wypadkach, gdzie trąbka jest niedrożną myśleć o jej udrożnieniu, a to dlatego, że pod względem histo-biologicznym jest w zakresie ucha środkowego nabłonek trąbkowy bardziej na miejscu, niż nabłonek płaski.

W toku odczytu pokazano na ekranie rysunki, ilustrujące poszczególne fazy zabiegu, — w końcu zademonstrowano kilka przypadków operowanych opisanym wyżej sposobem na Klinice otolaryngologicznej U. J.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 4 lutego 1931 roku.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego z dnia 28 stycznia 1931 roku odczytano i przyjęto.

I. Demonstracje chorych z I-szej kliniki wewnętrznej U. J.

Kol. Sokołowski przedstawia:

1) chorą z guzem śródpiersia i zaznacza, iż duszność występująca w tym przypadku spowodowana jest nietylko wskutek ucisku przez guz na same oskrzela, lecz i odruchowo wskutek ucisku na nerw błędny.

2) omawia przypadek, dotyczący kobiety z chorobą Gaucher'a przedstawiając zapatrywanie na etjologję tejże choroby.

Kol. Schöngut przedstawia preparaty histologiczne z powyższego przypadku i omawia sposób ich przygotowania.

Kol. Braun przedstawia dwa przypadki zmian trzeciorzędnych kiłowych u kobiet, w pierwszym przypadku kilak usadowiony był w lewym płacie wątroby, w drugim — w prawym płacie wątroby.

II. Demonstracje chorych z I-szej kliniki chirurgicznej U. J.

Kol. Doc. Nowicki przedstawia:

1) chorego po operacji guza mózgu, usadowionego w okolicy ośrodków ruchowych kończyny dolnej w *gyrus centralis anterior*. Po opisaniu zabiegu operacyjnego, zaznacza, iż początkowa hemiplegja i afazja po trzydniowem trwaniu ustępują zwolna. Badanie histologiczne przemawia za złośliwością guza.

2) chłopca 16-to letniego ze złośliwym czyrakiem wargi górnej, leczonego konserwatywnie maścią rtęciową i wstrzykiwaniem propidonu. W przebiegu choroby wystąpiło zapalenie stawu łokciowego, które prelegent uważa za przerzutowe, ponieważ badanie bakterjologiczne krwi na pożywkach wykazało obecność gronkowca.

III. Demonstracje chorych i preparatów z Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J.

Kol. Doc. Szymanowicz przedstawia:

1) preparat *chorionepithelioma* i omawia zasady postępowania w tym przypadku.

2) preparat *teratoblastoma ovarii;*

3) przypadek *haematometra*, usuniętego drogą operacyjną: — zarośnięcie pochwy nastąpiło w danym przypadku wskutek zbyt energicznego leczenia w dzieciństwie z powodu rzeżączki.

Kol. Doc. Keller pokazuje preparat pękniętej macicy podczas bólów porodowych w przebiegu siódmej ciąży. Pęknięcie szło wzdłuż blizny po poprzednio wykonanem cięciu cesarskiem.

W dyskusji, dotyczącej cięcia cesarskiego klasycznego i nadłonowego zabierają głos kol. Woyciechowski, kol. Doc. Szymanowicz, kol. Doc. Keller.

IV. Demonstracje chorych z oddziału chorób nerwowych i umysłowych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Kol. Rost przedstawia chorego, lat 46, z tężyczką, co ze względu na wiek należy do rzadkości. Tło choroby: zaburzenia w wydzielaniu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Leczenie preparatami wapnia skuteczne.

Kol. Kirschner przedstawia chorą z *myasthenia gravis pseudoparalitica progressiva.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VII. posiedzenie z dnia 6 marca 1931.

Przewodn.: Kol. J. Marischler.

1) Na wstępie Kol. Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne o członku honorowym T-wa ś. p. Prof. Wł. Bylickim. Pamięć Zmarłego zebrani uczcili przez powstanie. Następnie zawiadamia członków, że członek honorowy T-wa Prof. A. Gluziński otrzymał wysokie odznaczenie jugosłowiańskie order Białego Lwa. W związku z tem Prezydjum T-wa wysłało życzenia odznaczonemu. Odczytuje podziękowanie Prof. Gluzińskiego za życzenia.

2) Kol. Nowicki pokazuje i objaśnia preparaty anatomopatologiczne:

1. *wady wrodzonej serca* u dziecka 2 letniego; jest to serce trójjamiste jednokomorowe z przełożeniem wielkich pni tętniczych *(transpositio vasorum)* i utrzymanym otwartym przewodem Botalla; serce jest przynajmniej trzykrotnie powiększone, a do bardzo pojemnej komory wspólnej prowadzą dwa ujścia przedsionkowo-komorowe dobrze wykształcone. W miejscu tętnicy głównej znajduje się bardzo, bo kilkakrotnie rozszerzona tętnica płucna, a w jej miejscu, stosunkowo nieszeroka tętnica główna. W narządach wszędzie przekrwienie żylne. Mówca objaśnia mechaniczne powstanie tej wady rozwojowej i sposób krążenia krwi;

2. narządy z przypadku *ziarnicy złośliwej* u kobiety 20 letniej; uderzają guzy wątroby, które wyglądają na guzy nowotworowe; śledziona typowa ziarnicza; główne zmiany w gruczołach limfatycznych klatki piersiowej;

3. tchawica z t. zw. *tracheopathia osteoplastica* u kobiety 69 letniej ze schizofrenją; chora zmarła z powodu rozległego włóknikowego zapalenia płuc; obraz tchawicy zupełnie typowy, zmiany zajmują przedewszystkiem pośrodkową część tchawicy, część błoniasta jest, jak zwykle, wolna od zmian; mówca omawia zapatrywania, dotyczące powstawania tej zmiany;

4. *pętle jelita biodrowego z przebiciem przez jedną z bardzo licznych pestek śliwkowych*, w niej nagromadzonych, następowe ogólne ropne zapalenie otrzewnej, będące przyczyną śmierci. Przypadek dotyczy 31 letniej kobiety, umysłowo chorej, u której z powodu rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego wykonano odpowiedni zabieg operacyjny — jednak nie wycięto wyrostka, bo stwierdzono obfitą ropę w jamie brzusznej. W czasie sekcji stwierdzono w zagłębieniu Douglasa zaklinowaną pętlę jelita biodrowego, nieco rozszerzoną, a w ścianie jej otworek wielkości główki szpilki i stąd zapalenie ropne otrzewnej. Pętla wypełniona była bardzo licznemi pestkami śliwek, z których jedna niewątpliwie przebiła; nagromadzenie pestek nastąpiło niewątpliwie w związku z pewnem zaklinowaniem pętli odnośnej.

W dyskusji kol. Chwalibogowski podaje, że dziecko, którego serce demonstrował prof. Nowicki, było przedmiotem jego obserwacji w klinice dziecięcej, dokąd przynieśli je rodzice z prowincji na niespełna 24 godzin przed śmiercią. Liczyło ono 2 lata i pochodziło z 2-go porodu zdrowych rodziców we wieku 38 i 34 lat, nie spokrewnionych między sobą (żydzi), których pierwsze dziecko zmarło w 5 dniu życia z przyczyny im nieznanej (może również wada serca wrodz.?). Od urodzenia było wątłe i blade, a w czasie większego wysiłku fizycznego lub podniecenia psychicznego wykazywało sinicę i duszność. W czasie ostatnich 2 tygodni stan dziecka pogorszył się, było ono stale sine i niespokojne, a duszność wzmogła się do tego stopnia, iż rodzice obawiali się, że każdej chwili grozi mu uduszenie.

W chwili przyjęcia do kliniki stwierdzono poza nieznacznemi objawami nieżytowemi ze strony górnych dróg oddechowych —

znacznego stopnia cofnięcie w rozwoju fizycznym i umysłowym, bladość, sinicę, duszność i niepokój, pałeczkowate zgrubienia ostatnich członów palcowych z haczykowatem zgięciem paznokci oraz serce wole, sięgające na lewo do linji pachowej tylnej, na prawo do linji przymostkowej a ku górze do dolnego brzegu 2-go żebra, przytem przysłuchem stwierdzało się wszędzie po 2 tony czyste, głośne, nieco głuche.

Na tej podstawie wykluczono *stenosis pulmonalis* oraz *ductus arteriosus Botalli apertus*, rozpoznano zaś *defectus septi ventriculorum* (znacznego stopnia — stąd brak szmeru skurczowego) z ewentualnem *transpositio vasorum*.

Wynik sekcyjny uważa przemawiający za rewelacyjny, *cor univentriculare biatriatum* uważa się za wadę, uniemożliwiającą życie (patrz podręcznik chorób dziecięcych Pfaundler-Schlössmanna z 1924 r.).

Co do *ziarnicy złośliwej* podnosi, że i we wieku dziecięcym nie jest ona taką rzadkością, za jaką do niedawna ją się uważało. W klinice dziecięcej obserwował w czasie ostatniego 1½ roku 4 przypadki powyższej choroby u dzieci we wieku od 4–9 lat.

Kol. A. Zakrzewski w związku z przypadkiem *tracheopathia osteoplastica* zapytuje, czy w tej jednostce chorobowej czynnikiem wywołującym nie jest odmienny typ prątka gruźliczego o osłabionej jadowitości, czy nie chodzi tu o działanie ewentualne pewnej odmiany prątków.

Kol. Nowicki w odpowiedzi kol. Zakrzewskiemu, odnośnie do przypadku *tracheopathia osteoplastica*, zaznacza, że wymienione zapatrywania odnoszą powstawanie tego schorzenia tchawicy do stanu zapalnego; wiadomo, że w twardzieli tchawicy mogą powstawać drogą przeradzania (metaplazji) ogniska chrzęstne i wapniejące; czy na tle gruźlicy może powstawać schorzenie przedstawione, oczywiście trudno rozstrzygnąć, wykluczać nie można. W nielicznych przypadkach gruźlicy to schorzenie spostrzegano, np. w instytucie anat. patol. lwowskim, także u 69-letniej kobiety z rozpadową gruźlicą płuc stwierdzono typową *tracheopathia osteoplastica*. W przypadku przedstawionym były stare zagojone zmiany gruźlicze szczytów.

3) Kol. A. Chwalibogowski omawia klinicznie i przedstawia na rentgen. zdjęciach dwa *przypadki odmy piersiowej u dzieci*, jakie obserwował w lutym b. r. w klinice dziecięcej. (patrz. P. Gaz. Lek. Nr. 19—20. 1931).

W dyskusji: Kol. Czoban-Sandauerowa miała w obserwacji przypadek otorbionej odmy opłucnowej utrzymującej się blisko 4-ry lata. U dziecka podówczas 4-ro letniego, wystąpiło po nieżytowem zapaleniu płuc przytłumienie u dołu po lewej stronie klatki piersiowej. Prześwietlenie prom. Roentgena wykazało małą ilość płynu w jamie opłucnowej, a ponad płynem bańkę powietrza wielkości małej pomarańczy.

Stan ogólny dziecka niezły, objawów duszności nie było, tylko kaszel i temperatura utrzymywały się dłuższy czas. Dziecko co parę miesięcy przychodziło do kontroli, a prześwietlanie wykazywało stale ten sam obraz odmy otorbionej — płynu więcej nie stwierdzono.

Ten stan niezmieniony utrzymywał się przeszło 3 lata, dopiero ostatnie prześwietlenie wykonane przed miesiącem wykazało zupełnie normalny obraz płuca.

Kol. Sperber omawia objawy rentgenologiczne odmy opłucnowej.

Kol. Węgrzynowski przypomina, iż w swoim czasie Kol. Ziembicki przedstawił przypadki odmy samoistnej, niegruźliczej u starszych z objawami zupełnie podobnemi. W związku z przedstawianemi dziś ponadto przypomina, że do powodów powstania odmy samoistnej zaliczyć należy procesy fermentacyjne w wysięku. (praca Kuhla z oddziału Czerneckiego).

Kol. Pisek: postępowanie w przypadku samoistnej odmy piersiowej podlega jeszcze dyskusji z wielu przyczyn. W przypadkach gruźliczych zarówno jak niegruźliczych objawy samoistnej odmy nieraz nie są groźne. Wessanie nawet wcale rozległej odmy odbywa się bez większych zaburzeń. A więc leczenie wyczekujące, objawowe jest usprawiedliwione. W przypadkach jednak wyjątkowych, z objawami sinicy, nadmiernej duszności, przesunięcia blaszek śródpiersia, pni naczyniowych i serca — gdy grozi choremu śmierć — tam zabieg staje się wskazaniem życiowem. Mowca zwraca uwagę na ryzykowne nieraz wypuszczenie powietrza wobec otwartej przetoki płuca z jamą opłucnową. Badanie zachowania się ciśnienia śródopłucnowego mogłoby czasem dać pewne wskazówki. O postępowaniu czynnem decydować również musi stan serca.

4) Kol. J. Fraenklowa wygłasza wykład p. t.: *Wrażenia z zagranicznych klinik psychjatrycznych.* (przeznaczone do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji Kol. W. Koskowski zwraca uwagę na dwa problemy: a) kwestję systemu leczenia morfinizmu eufyliną, b) kwestję reakcji na środki lecznicze. Mogą być najrozmaitsze reakcje zależnie od reakcji konstytucjonalnej, podnosi potrzebę indywidualizacji chorych i leczenia.

VIII. posiedzenie z dnia 13-go marca 1931.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Kol. Przewodniczący odczytuje a) zaproszenie na terytorjalny Zjazd Przeciwgruźliczy w dniu 28-go b. m., b) zaproszenie na otwarcie Domu Lekarskiego w Pradze.

3. Kol. Skrowaczewski przedstawia przypadek *wyleczonego, podwójnego ropnia płata skroniowego, pochodzenia usznego.* Żołnierz 22 lat, przyjęty na oddział uszny szpit. okręg. dn. 12 grudnia. Rozp.: recydywa zapalenia ropnego ucha środkowego lewego. Od 18 XII. ciepłota do 39°, dnia 20 XII. z powodu objawów zapalenia wyrostka sutkowego l. *mastoidectomia*. Po opadnięciu ciepłoty w ciągu 3 dni stan dobry, dnia 6. I. porażenie n. twarzowego lewego. Dalszy przebieg normalny, jednak wieczór ciepłota do 37,3°. Dnia 20. I. porażenie nerwu zupełnie ustąpiło.

24 I. Od dwu dni chory apatyczny, śpiący, mrukliwy, obecnie b. silne bóle głowy, wymioty, zwolnienie tętna (50), badanie neurologiczne przez dra T. Falkiewicza: apatja, afazja sensoryczno-motoryczna, prawy dolny n. twarzowy w niedowładzie, podniebienie miękkie po prawej obniżone, prawy odruch kolanowy wzmożony: dno oka: *neuritis incipiens ambilateralis*.

Rozp.: *ropień płatu skroniowego lewego*.

Operacja: odsłonięcie opony twardej, idąc od *tegmen antri* na przestrzeni pięciozłotówki. Nakłucie mózgu ku przodowi wykazuje ropę w głębokości 3—4 cm, rozszerzenie nożem, wsunięcie drenu szklanego. Wylewa się 3—4 łyżki cieczy ropiastej z cząstkami białej substancji. Poprawa ogólna po operacji utrzymuje się do 29 I. Tego dnia znaczne pogorszenie, chory nieprzytomny, wymioty, zwolnienie tętna. Wziernikiem Kiliana rozszerzono nieco wejście do ropnia, skąd wylało się parę łyżek wodnistej ropy. W parę godzin później poprawa stanu. Dren gumowy.

3 II.: znów pogorszenie, przy opatrunku wydobywa się nieco ropy ze szczeliny mózgowej powyżej drenu dawniej założonego, o jakie 1,5 cm. Wsunięto ostrożnie cieniutki drenik i z głębokości 3—4 cm wylały się ze 2 łyżki ropy. Wstrzyknięto do ropnia przez dren 5 cm³ szczepionki Besredki, która wraca tą samą drogą, a nie przez drugi dren. Od tej pory stale postępująca poprawa ogólna i miejscowa. Dnia 15 II. usunięto pierwszy dren, 20 II. drugi; poprzednio je skracano. Obecnie rana na wygojeniu. Badanie neurologiczne 20 II. wykazało jeszcze resztki afazji sensorycznej, która obecnie prawie zupełnie ustąpiła. Ze środków leczniczych stosowano urotropinę 40% dożylnie. Następnie omawia w krótkości anatomję patol. ropni, czas powstania, objawy, wreszcie sposoby otwierania ropni mózgu, oraz sposoby następowego leczenia, mianowicie rozmaite rodzaje drenażu.

W dyskusji: Kol. Dobrzański zapytuje prelegenta dlaczego rozpoznaje w tym przypadku dwa ropnie mózgu, gdyż może to być jeden ropień mający uchyłek ku tyłowi. Jak wynika bowiem z badań Fremla ropnie mózgu mają często kształt jamy spłaszczonej rozszerzającej się w białej substancji mózgowej i mogącej mieć uchyłki płaskie idące w kierunku białej substancji mózgowej. Ponadto podnosi znaczenie otwierania ropni mózgowych metodą Lemaitre'a, polegającą na wykluczeniu przestrzeni podpajęczynowej, przez wprowadzenie cienkiego drenu gumowego przez otwór, po nakłuciu, bez nacięcia opon mózgowych. Metoda ta według zestawienia autora i innych zmniejsza śmiertelność ropni mózgowych do 25%. Znaczenie jej podkreślił mowca na jednem z poprzednich posiedzeń Towarzystwa lek., przedstawiając przypadek w ten sposób wyleczony.

W odpowiedzi zaznacza kol. Skrowaczewski, że podwójny ropień rozpoznaje na tej podstawie, iż wstrzyknięty płyn do jednego drenu nie wychodził drugim drenem i na podstawie rozbieżnego kierunku kanałów, prowadzących w głąb do ropni.

4. Kol. J. Kochaj przedstawia przypadek *zaszycia tchawicy* po *tracheotomia inferior*, wykonanej przed 3 laty z powodu *scleroma laryngis*. Pacjentka wyleczona, od roku bez rurki, otwór nie zrósł się. Po odświeżeniu brzegu skóry i odpreparowaniu warstw otaczających otwór wszyto do tchawicy uszypułowany płatek skóry — skórą do wewnątrz, ponad nim zeszyto tkankę okołotchawiczą, mięśnie tarczykowomostkowe, powięź i skórę. Rana zagojona przez rychłozrost; efekt kosmetyczny bardzo korzystny.

W dyskusji: Kol. Dobrzański uważa wszczepianie płatu skórnego do wnętrza tchawicy za zbyteczne, gdyż we wszystkich przypadkach otworu tchawicowego po tracheotomji operowanych w klinice otolaryngologicznej wystarczało zeszycie dwuwarstwowe, wykonane w ten sposób, żeby warstwy szwów nie leżały nad sobą. Zamknięcie następowało szybko, we wszystkich przypadkach po jednorazowym zabiegu. Wszczepiony płat skórny na długiej szypułce może łatwo ulec obumarciu i wpaść do głębszych dróg oddechowych, jako ciało obce. Może zdarzyć się to tem łatwiej, że wszczepienie płatu skórnego ma miejsce w tkance bliznowatej oraz, że szypuła płatu uciśnięta jest przez szew warstw powierzchownych.

Odpowiedział kol. Kochaj.

5. Kol. R. Quest wygłosił wykład: *O skazie wysiękowej i jej* znaczeniu w patologji wieku dziecięcego. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 19—20 1931).

W dyskusji: Kol. A. Chwalibogowski podaje, że skaza wysiękowa i wyprysk dziecięcy były tematem zjazdu pedjatrów niemieckich w Wiesbadenie 1929. W szeregu referatów bardzo ciekawym był referat Moro, który twierdzi, że prawdziwy wyprysk występuje dopiero od 4 mies. życia, a wszystkie dermatozy pierwszego kwartału życia t. j. okresu noworodka są wyrazem niedojrzałości skóry i nieukończonego jeszcze w tym czasie zróżnicowania elementów nerwowych naskórka, nie mają zaś niczego wspólnego z tak zwaną skazą wysiękową.

Prawdziwy wyprysk występuje dopiero po tym okresie i charakteryzuje się t. zw. *status punctosus*, który pochodzi stąd, że drażnienie działa tu na zakończenia nerwowe, rozłożone punktami w naskórku, wobec czego i odpowiedź wasomotoryczna na powyższe drażnienie wyraża się wykwitami punktowatemi.

Wśród przejawów skórnych t. zw. skazy wysiękowej rozróżnia autor ten poza wypryskiem jeszcze szereg innych dermatoz, które ze względu na spostrzegane w nich zaburzenia w rogowaceniu naskórka, nazywa ogólnie dyskeratozami.

Ścisły rozdział jest tu bardzo trudny, istnieją bowiem postacie mieszane, oraz dermatozy, wtórnie ulegające ekzematyzacji.

Przyczyna i istota jest zarówno w wyprysku prawdziwym, jak i w powyższych dermatozach nieznana.

Pod pojęciem skazy wysiękowej zrozumieć należy jedynie syndrom objawów klinicznych, a nie jednostkę chorobową, tak pod względem klinicznym, jak też anatomo-patologicznym.

Kol. Progulski: Bez wątpienia pojęcie skazy wysiękowej Czernego było przed 26 laty niezwykłą zdobyczą dla kliniki schorzeń dziecięcych. Przedewszystkiem ujmowało ono w jeden wspólny obraz wiele najrozmaitszych objawów ze strony skóry jak i błon śluzowych u dziecka, nieraz niepodobnych do siebie i zdawałoby się różnych. Nowe to pojęcie kliniczne wyodrębniło nadto tę sprawę z obrazu gruźlicy, do której wiele przejawów skazy wysiękowej przedtem zaliczano. Dzięki doskonałemu ujęciu i przedstawieniu tego schorzenia, a nadto wielkiemu darowi polemicznemu Czernego pojęcie to ustaliło się w klinice do dnia dzisiejszego. Lecz patogeneza tego cierpienia w ciągu ćwierćwiecza pozostała dalej niewyjaśniona. Czerny opierając się na wszechwładnie panującej wówczas teorji humoralnej, przypuszczał, że tłuszcz jest tem ciałem, który dla powstawania skazy wysiękowej ma dominujące znaczenie. Tymczasem niezliczone badania chemiczne przemiany materji nie przyniosły żadnych danych. Przypisywanie tłuszczom ujemnych skutków skłoniło Czernego do wyrażenia pewnych przestróg w używaniu tego środka odżywczego u dzieci dotkniętych skazą wysiękową. Z tych też czasów pozostał strach przed karmieniem niemowlęcia pełnem mlekiem, jakoteż przekarmieniem (t. z. szkoła mleczna), nawoływanie do 5-krotnego karmienia na dobę i t. d. Stąd tak częsty wówczas, a i dziś jeszcze zdarzający się, przykład dziecka głodującego przy piersi, czy dożywianego. Niewystarczająca teorja patogenezy w skazie wysiękowej zwróciła uwagę badaczy w kierunku badań szczególnej wrażliwości (idiosynkrazje) skóry na pewne ciała, bądź znane, bądźteż jeszcze nam nieznane. Zjawiska te w coraz większym zakresie poruszane, dają się eksperymentalnie przy użyciu pewnych metod badania zaprodukować i jako takie budzą powszechne zainteresowanie. Jest prawdopodobne, że w etjologji schorzeń wypryskowych na skórze, jakoteż zmian wysiękowych na błonach śluzowych u dzieci, posuną one sprawę powstawania ich naprzód.

W odpowiedzi kol. Quest zaznaczył, że wszystkich zapatrywań odnośnie do tematu ze względu na ograniczony czas nie mógł omówić, a ograniczył się tylko do najważniejszych.

Sekretarz doroczny: *Antoni Falkiewicz.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 marca 1931 roku.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dn. 3 marca 1931 roku przyjęto.

2) Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa oraz zaproszenie od Warszawskiego Towarzystwa Naukowego na naradę. Delegatami wybrano kol. Paszkiewicza L. i kol. Czubalskiego Fr.

3) Kol. Trojanowski A. przedstawia „Przypadek sekcyjny śródściennego krwiaka tętnicy głównej z przebiciem do worka osierdziowego" (streszczenie własne).

Przypadek dotyczył kobiety lat 53, u której klinicznie rozpoznawano prawostronne porażenie połowicze wskutek wylewu krwi do mózgu, przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego i miażdżycę. (Szpit. Dz. Jez. Nr. Ks. Gł. 2616/31 r.).

W ciągu 7 miesięcznego pobytu w szpitalu stan chorej znacznie się poprawił, stale jednak obserwowano wysokie ciśnienie krwi (180 mm Hg). Śmierć nastąpiła niespodzianie i nagle.

Sekcja wykonana została w Zakł. Anat. Pat. U. W. (L. p. 132/31). Rozpoznawano 1) wylew krwi do worka osierdziowego wskutek pęknięcia do niego krwiaka śródściennego tętnicy głównej, który powstał przez pęknięcie jej części nadzastawkowej, 2) miażdżycę ogólna naczyń, przedewszystkiem jednak w silnym stopniu naczyń obwodowych oraz naczyń wszystkich narządów, 3) znaczny przerost dośrodkowy mięśnia komory lewej (2 cm), 4) stare ognisko krwotoczne w lewym wzgórku wzrokowym, oraz 3 ogniska rozmiękania żółtego w okolicy prawego jądra soczewkowego.

Tętnica główna posiadała w błonie wewnętrznej nieliczne płaskie, żółtawe tarczki, w ścianie tętnicy, 1 cm ponad przedniemi płatami zastawki, znajdowało się poprzeczne, zygzakowate pęknięcie długości 3 cm. Pęknięcie to dotyczyło błony wewnętrznej i środkowej i prowadziło do jamy powstałej przez rozdzielenie od siebie błon zewnętrznej i środkowej. Rozdzielenie to zajmowało część wstępującą, łuk i początek części zstępującej tętnicy głównej i w miejscu tem wytworzył się krwiak śródścienny. W miejscu odpowiadającym opuszce tętnicy głównej znajdowało się małe (1 cm) pęknięcie błony zewnętrznej tętnicy i okrywającego ją listka nasierdziowego, dzięki czemu istniała komunikacja między krwiakiem, a jamą worka osierdziowego.

Pęknięcie ściany tętnicy głównej tłumaczyć trzeba wysokiem ciśnieniem krwi w następstwie daleko posuniętej miażdżycy obwodowej i znacznego przerostu mięśnia komory lewej, co przy małych stosunkowo zmianach w tętnicy głównej doprowadziło do częściowego przerwania jej ściany i wytworzenia krwiaka śródściennego.

Bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego była tamponada serca wskutek wtórnego przebicia się krwiaka do worka osierdziowego i krwotoku do niego. Przypadek zasługuje na uwagę dzięki typowemu obrazowi anatomo-patologicznemu.

Dyskusja: Kol. Orłowski zapytuje, czy w przedstawionym przypadku były zmiany w nerkach. Obecnie bowiem klinicyści stoją na stanowisku, że miażdżyca bardzo często przebiega z ciśnieniem krwi prawidłowem, a nawet niższem, niż normalnie. Jeżeli zatem ciśnienie było wysokie, to winny być zmiany w nerkach.

Kol. Trojanowski podaje w odpowiedzi, iż w nerkach poza miażdżycą naczyń, innych zmian nie stwierdzono.

4) Kol. Leśniowski St. przedstawia „Przypadek padaczki Jacksonowskiej, operowany z pomyślnym wynikiem". (streszczenie własne).

Chory 29 letni przebywał w dzieciństwie tylko różę i ropienie z prawego ucha. Do końca 3-go roku życia cierpiał na „konwulsje". W 16 roku życia pojawiły się napady zdrętwienia i kurczów tonicznych w mięśniach kończyny górnej prawej i szyi, w 5 lat później wystąpił pierwszy napad drgawkowy z utratą świadomości. W chwili przybycia po raz pierwszy do Kliniki neurologicznej napady powtarzały się 3—4 razy tygodniowo, nosząc raz charakter korowy, to znów ogólny. Badanie 11 października 1928 wykazało: cała prawie połowa ciała jest nieco słabiej rozwinięta od lewej, co najsilniej wyraża się w zakresie kończyn górnych. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz i krew morfologicznie prawidłowe, również i płyn m.-rdz. za wyjątkiem słabo dodatniego odczynu N:A. prawidłowy. B. W. ujemny. Prawy dolny twarzowy nieco słabszy, lekki niedowład prawostronnych łuków podniebiennych, zbaczanie na prawo języka. Kończyna g. pr.. oprócz wyszczuplenia i trwałego uniesienia barku ku górze, wykazuje globalne zmniejszenie siły mięśniowej oraz żywsze odruchy ś.-o. Na kończynach dolnych są tylko odruchy kol. i Achil. żywsze po

prawej. Rentgenogramy czaszki wykazują dwa niewielkie ogniska zwapnienia w obrębie lewej kości ciemieniowej, a encefalogramy nieznaczne powiększenie komory lewej.

Mimo rozlicznych metod leczenia zachowawczego (luminal, brom, odma, naświetlanie rentgenowskie) napady powtarzały się coraz częściej (3—7 na dobę) oraz niedowład kończyny g. pr. znacznie nasilił się. Napady poczynały się od uczucia niby prądu elektrycznego, przebiegającego od ramienia ku palcom kończyny g. pr., poczem następuje skurcz toniczny tejże kończyny i zwrot głowy w prawo. Często napad na tem się kończy, w przeciwnym razie dochodzi do drgawek ogólnych toniczno-klonicznych i utraty świadomości. Ponieważ dane kliniczne i rentgenowskie oraz charakter napadów wskazywały na zraz ciemieniowy lewy, przeto poddaliśmy chorego zabiegowi wyłuszczania ogniska bliznowatego. Zabiegu dokonał św. pam. prof. Sawicki dnia 31. XII. r. b., przyczem usunął bliznę ze zwapnieniem, rozległą aż po tkankę zdrową. Na 3 noc po operacji chory dostał serji napadów, które ustąpiły po wydobyciu zebranej krwi z głębi rany, i od tej pory nie powtarzały się, również niedowład kończyny g. pr. cofa się bez leczenia. Badanie mikroskopowe wyciętych kawałków wykazuje, że blizna składa się z tkanki łącznej włóknistej, przeważnie zwyrodniałej szklisto-koloidowo i zawiera masy kaszowate, dające swoiste odczyny na wapno. Blizna ta otoczona jest warstwą odczynowego bujania gleju, zresztą budowa kory mózgowej większych zmian nie wykazuje.

W omówieniu L. podnosi, że nie sposób przewidzieć, jaki będzie definitywny wynik leczniczy, wobec krótkotrwałości obserwacji. Istnieje jednak możliwość, że po krótszym lub dłuższym czasie powstanie nowa blizna na miejscu usuniętej, co wobec istniejącej u chorego skłonności do napadów drgawkowych, grozi nowemi napadami. W każdym razie sukces leczenia jest oczywisty, choć ten miałby w czasie być ograniczony. Poprawę niedowładu należy odnieść do zniesienia pociągającego działania blizny.

5) Kol. Elektorowicz A. pokazuje i omawia „Rentgenogramy przypadków opadnięcia wątroby" (streszczenie własne).

Prelegent przedstawiając 4 przypadki opuszczenia wątroby, omawia stosunki anatomiczne, tyczące się umocowania wątroby. Więzadła, utrzymujące wątrobę w jej prawidłowem położeniu, nie są właściwemi wiązadłami ale tylko zdwojeniami otrzewnej. Poza tem tylna powierzchnia prawego płatu wątroby połączona jest luźną tkanką z tylną powierzchnią przepony. Dużą rolę w utrzymaniu wątroby w prawidłowem położeniu odgrywa ciśnienie trzew na dolną jej powierzchnię, wskutek ciśnienia powłok brzusznych. Przy zmniejszeniu siły tłoczni brzusznej, unoszącej wątrobę ku górze, np. wskutek nagłego wychudnięcia oraz wskutek pociągania wątroby ku dołowi przez żołądek, jak np. przy znacznem rozszerzeniu żołądka i zaleganiu w nim treści, wątroba opada, odsuwając się od przepony i skręcając się na jej miejsce zaś przesuwa się część wstępująca kiszki grubej i początkowy odcinek poprzecznicy. W przypadkach tych znajdujemy zwykle wydłużenie jelita grubego oraz krezki, ułatwiające przesuwanie się jelita ku górze i pod przeponę.

W dwu przedstawionych przypadkach opadnięcia wątroby rozpoznano raka części odźwiernikowej ze zwężeniem odźwiernika i znacznem zaleganiem treści w żołądku. W trzecim przypadku badanie rentgenologiczne wykazało wrzód drążący w środkowej części żołądka oraz zwężenie odźwiernika. Znaczne rozszerzenie żołądka. Zastój treści kontrastowej do 36-ciu godzin.

Czwarty przypadek dotyczy człowieka młodego, dobrze odżywianego, bez zmian w przewodzie pokarmowym. Wytłumaczenie opadnięcia wątroby w przypadku tym znaleźć możemy, przyjmując wrodzony niedorozwój więzadeł utrzymujących wątrobę. (Pokaz rentgenogramów).

Dyskusja. Kol. Sabat (streszczenie własne).

Kol. Sabat sądzi, że postać chorobowa, do której odnoszą się rentgenogramy, pokazane przez kol. Elektorowicza, należałoby określić raczej mianem *wątroby wędrującej (hepar migrans).* W przypadkach tych wątroba przemieszcza się od czasu do czasu nadół i równocześnie na lewo, tracąc przejściowo na mniejszej lub większej przestrzeni swój kontakt z przeponą, przyczem między nią a przeponą wpukla się okrężnica. Pojęcia *wątroby opadniętej (hepatoptosis)* jest ogólniejsze i w zakres jego wchodzi, oprócz wątroby wędrującej, postać stałego opadnięcia wątroby, nie zmieniającej swego położenia względem narządów jamy brzusznej i nie tracącej prawidłowego kontaktu z przeponą, która w przypadkach tych znajduje się nieprawidłowo nisko. Jest to opadnięcie wątroby przy ogólnem opadnięciu trzew u osobników z t. zw. *habitus enteroptoticus.* Znacznie rzadziej od tej postaci opadnięcia wątroby spotyka się wątrobę wędrującą. Mówca w r. 1914 wespół z kol. Zdzisławem Szczepańskim referował w Lwowskiem Tow. Lekarskiem i na Zjeździe rentgenologów w Berlinie o 9 przypadkach wątroby wędrującej, wprowadzając nazwę *interpositio coli hepatodiaphragmatica intermittens;* zwrócił tam uwagę na typowy zespół objawów chorobowych przy dłużej utrzymującej się wątrobie wędrującej i podał własną koncepcję patogenezy tego obrazu chorobowego. Prawie we wszystkich przypadkach stwierdzał wespół z kol. Szczepańskim nieprawidłowo długą i ruchomą okrężnicę, ulegającą znacznym przemieszczeniom, co przemawiało za nieprawidłową długością jej krezki, zwłaszcza wstępnicy i poprzecznicy. Mówca sądzi, że w przypadkach tych częściowo utrzymywała się również krezka wątroby, która normalnie zanika w rozwoju embrjonalnym. W prawie wszystkich przypadkach wątroby wędrującej, spostrzeganych przez mówcę, jak również w przypadkach opisanych w piśmiennictwie, stwierdzano objawy wrzodu odźwiernika. Mówca sądzi, że łączność ta wrzodu żołądka z wątrobą wędrującą nie jest przypadkową i przypuszcza, że często wskutek przemieszczenia się wątroby występuje zaginanie i skręt sieci mniejszej, zwłaszcza więzadła wątrobowo-dwunastniczego wraz z przebiegającemi w niej naczyniami, wpływając niekorzystnie na ukrwienie żołądka i stwarza przez to warunki sprzyjające powstaniu wrzodu.

Mówca pokazuje rentgenogramy 6 przypadków wątroby wędrującej z wpukleniem silnie gazami rozdętej okrężnicy między przeponę, a wątrobę i rentgenogram przypadku ropnia gazowego podprzeponowego, przyczem wskazuje na wielkie podobieństwo obrazów i na różniczkowe objawy rentgenologiczne obu tych stanów chorobowych.

Kol. Sławiński podaje, że w czasie zabiegów na pęcherzyku żółciowym zwykle stwierdza się rozmaitą ruchomość wątroby. Niekiedy daje się ona nietylko podnosić do góry lub opuszczać nadół, lecz także i skręcać. W omawianych przypadkach opadnięcia chodzi raczej o skręcenie. Nieodzownym warunkiem tego jest znaczna długość więzadeł wątrobowych, krezki okrężnicy i esicy.

Kol. Czarkowski podkreśla znaczenie opadnięcia ze stanowiska chirurgji praktycznej. Przypadki te dają się leczyć tylko operacyjnie. Żadne pasy, nawet z pelotą powietrzną, nie pomagają. Metody operacyjne sprowadzają się w zasadzie do dwóch: a) skręcenie więzów i b) podtrzymanie wątroby. Ostatni sposób polega na zagięciu powięzi wraz z otrzewną pod brzeg wątroby i przyszyciu ich doń szwem materacowym. Dwa przypadki operowane w ten sposób dały dobre wyniki.

Kol. Dębicki spostrzegał często opadanie wątroby na stole operacyjnym, głównie u kobiet wyniszczonych ze schorzeniami pęcherzyka żółciowego.

Kol. Loth zwraca uwagę na niskie ustawienie przepony i znaczne rozchylenie kąta żebrowo-przeponowego. W jednym z tych przypadków na rentgenogramach, przedstawianych przez kol. Sabata, prawdopodobnie była wątroba z bruzdą od sznurówki.

Kol. Kryński omawia sposób umocowania wątroby w jamie brzusznej. Przyczyny opadnięcia są złożone. Głównie znaczenie ma rozciągnięcie i nadmierna długość wiązadeł wieńcowych. Leczymy te przypadki skróceniem przez fałdowanie tych więzadeł. Ma to jednak, wobec opuszczenia przepony, małe znaczenie. Mechanizm podtrzymania wątroby przez powięź trudno jest zrozumieć.

Kol. Sabat podkreśla, że w przypadku z zapadnięciem powłok brzusznych w okolicy wątroby nie było wątroby sznurówkowej, brak jest bowiem bruzdy na wątrobie.

Kol. Elektorowicz zaznacza, że przepona niezawsze bywa opuszczona. W badaniach nad przyczynami opadnięcia wątroby duże znaczenie mają badania anatomopatologiczne więzadeł wątrobowych oraz stosunków i zmian chorobowych w zakresie narządów jamy brzusznej. Prawdopodobnie duże znaczenie mają tu nietylko zmiany w zakresie więzadeł wątroby, lecz także wydłużenie i szerokość krezki jelita grubego.

6) Kol. Goldman Marjan i Kol. Cytronberg S. przedstawiają wyniki pracy nad wydaleniem chloru i związków azotowych przez śluzówkę jelita cienkiego w azocicy doświadczalnej. (Streszczenie własne).

Prelegenci wywoływali u psów z przetoką Thiry-Vella — przebiegającą azocicę przy pomocy podskórnych wstrzykiwań 5—8 cm^3 $1^1/_2$%-owego roztworu octanu uranylu. W ciągu trwania azocicy wydobywali sok jelitowy; określali jego ilość godzinną: ciężar właściwy, wskaźnik refraktometryczny, pH, zasób zasad, stężenie chloru, mocznika i azotu pozabiałkowego. Tymsamym badaniom poddawali krew żylną psów oraz mocz, wydzielany w ciągu pierwszych paru dni po zatruciu (później występował bezmocz zupełny). Główne wyniki ich badań są następujące:

1) Zawartość chloru w soku jelitowem jest po zatruciu zmienna, naogół nie zwiększona w porównaniu z okresem przed zatruciem. Wahania stężenia chloru przebiegają mniej więcej równo-

legle do wahań chloru w surowicy krwi, przyczem ilość jego w soku jelitowym jest niemal zawsze mniejsza, niż we krwi.

2) Stężenie mocznika w soku jelitowym wzrasta szybko i nader znacznie oraz stale, aż do śmierci zwierzęcia. Ten przyrost stężenia mocznika przebiega równolegle do gwałtownie wzmagającej się azocicy krwi, przyczem ilość mocznika w soku jelitowym jest zawsze mniejsza, niż we krwi.

3) Zupełnie to samo da się powiedzieć o zawartości azotu pozabiałkowego w soku jelitowym i we krwi.

4) Powyższe badania dowodzą, że w przypadkach azocicy śluzówka jelita gra pewną rolę w sprawie wydalania nadmiernej ilości odpadków azotowych, krążących w ustroju. Nie ulega jednak wątpliwości, że rola śluzówki jelitowej jest tutaj raczej bierną, ograniczając się do znacznej jej przepuszczalności dla szybko dyfundującego mocznika i t. p. W tej mierze śluzówka jelita różni się znacznie od wątroby, co do której jeden z prelegentów (Cytronberg) wykazał już dawniej, że gra ona nader ważną i czynną rolę w zwalczaniu azocicy.

5) Prelegenci zastrzegają się, że wywody powyższe odnoszą się jedynie do jelita cienkiego. Zagadnienie zachowania się czynności wydzielniczej jelita grubego w przebiegu azocicy wymaga badań oddzielnych.

Dyskusja. Kol. J o c h w e d s tłumaczy brak kwasicy w przypadkach azocicy uporczywemi wymiotami: chorzy w ten sposób wydalają bowiem duże ilości kwasu solnego.

Kol. O r ł o w s k i podkreśla znaczenie badań prelegentów dla Kliniki. Są one potwierdzeniem dawnych spostrzeżeń u ludzi, u których w czasie mocznicy spostrzega się nieraz biegunkę, przyczem stolce zawierają dużo mocznika. W praktyce już od bardzo dawna zwracamy uwagę na przewód pokarmowy, stosując środki rozwalniające. (Streszczenie własne).

7) Kol. K a r w a c k i L. wygłosił odczyt „O postaci ziarnistej jadu gruźliczego". Część I. (streszczenie własne).

W rysie historycznym poszukiwań nad wielopostaciowością zarazka gruźlicy Karwacki stwierdza, że otrzymał pierwsze hodowle ziarniste zarazka w latach 1905 i 1906. W roku 1910 zgłosił na konkurs pracę o ziarnikach i prątkach cyanofilnych, pochodnych prątka kwasoopornego Koch'a.

Do chwili obecnej widział przekształcenie się 43 hodowli gruźliczych w ziarna. Najpodatniejszem podłożem okazał się bulion glicerynowy.

Dyskusja. Kol. O r ł o w s k i radzi zastąpić nazwę „drzazgi" (niemieckie Splitterung) pojęciem „odłamki". Pożądane jest udostępnienie wyniku badań prelegenta literaturze światowej. (Streszczenie własne).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 17 marca 1931 roku.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 marca r. b. przyjęto.

2) Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

3) Kol. Ludwik P a s z k i e w i c z wygłosił odczyt p. t. „Powstawanie i rozwój gruźlicy ze stanowiska anatomopatologicznego". (Streszczenie własne).

Prelegent przedstawił obecne poglądy na odczyn histologiczny tkanki płucnej w pomyślnem osiedleniu się prątka gruźliczego; zmiany w ogniskach zserowaciałych; warunki powstawania odczynu wysiękowego i wytwórczego; rozwój i kształtowanie się zmian histologicznych w tkance płucnej; zmiany w miąższu płuc po pomyślnem osiedleniu się w nich prątków gruźliczych (w zakażeniu drogami oddechowemi, krwionośnemi); zejście ognisk groniasto-guzkowych; zmiany w oskrzelach, w naczyniach (krwionośnych i limfonośnych), w opłucnej i w gruczołach limfatycznych; wpływ jednostronnego parcia z opłucnej na serce i duże naczynia w odmie i wysiękach; anatomję patologiczną charakterystycznych obrazów chorobowych gruźlicy płuc, jej rozwój i zejście (ognisko pierwotne, zespół pierwotny, postacie gruźlicy płuc pochodzenia oskrzelowego: zrazowe zapalenie płuc, zrazikowe zapalenie płuc, gruźlicę płuc groniasto-guzkową, gruźlicę płuc guzkowo-włóknistą jamistą oraz gruźlicę włóknistą, jako gruźlicę wygojoną; krwiopochodną rozproszoną gruźlicę płuc — gruźlicę prosówkową płuc); uprzywilejowanie drogi i uprzywilejowanie miejsca gojenia się i rozpadu ognisk gruźliczych w płucach; usposobienie dogłowowych części płuc do gruźlicy zależne od warunków anatomicznych i fizjologicznych; podstawy anatomiczne t. zw. wnękowej gruźlicy płuc i szerzenia się jej od wnęki.

Wykład był demonstrowany licznemi rycinami, okazami muzealnemi i preparatami mikroskopowemi.

4) Kol. Kazimierz D ą b r o w s k i wygłosił odczyt p. t. „Powstanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego". (Streszczenie własne).

Klinika gruźlicy płuc uległa w ostatnich latach dzięki rentgenologji niezwykle szybkiemu rozwojowi. Umożliwiając wczesne i dokładne wykrycie umiejscowienia, rozległości i charakteru zmian chorobowych, rentgenologja wpłynęła zarówno na rozpoznanie, jak i na leczenie gruźlicy płuc.

W ostatnich dziesiątkach lat ubiegłego stulecia klinika gruźlicy opierała się na dogmatach Louis'a i Grancher'a o pierwotnem powstawaniu zmian gruźliczych w wierzchołkach płuc. W wierzchołkach szukano zmian zapomocą szeregu objawów fizykalnych. Dopiero w pierwszych latach obecnego stulecia poczęto zmiany początkowe wykrywać nietylko w wierzchołkach, lecz również w innych częściach płuc (Tendeloo). Następnie objawy fizykalne, podane przez Grancher'a, mające świadczyć o zmianach początkowych świeżych, zaczęto wykrywać w zmianach o charakterze przewlekłym, a nawet w zagojonych. Wprowadzenie do badań klinicznych rentgenologji, szybki jej rozwój, umożliwiający obecnie dokonywanie zdjęć w 1/25—1/50 sek., wszystko to przyczyniło się do tego, że niektórym klinicystom udało się wykryć ogniska gruźlicze bardzo świeże, czy to wtórnie powstające wokoło starych zmian gruźliczych (umiejscowienie pierwotne, gruczoły wnękowe, zmiany włókniste) (R e d e e k e r), czy to powstające w tkance zdrowej drogą zewnątrzoskrzelową, o umiejscowieniu podobojczykowem (D o m a n n). Nacieczenia wysiękowe wtórne mogą obejmować cały płat płucny *(lobitis)* lub jego część obwodową *(corticopleuritis)* lub rozwijać się wokoło bruzdy międzypłatowej *(periscissuritis)*.

Zarówno nacieczenie wtórne, jak i pierwotne, mogą objawiać się nagle (50%), skrycie (34—37%), przez krwotok (6—12%). Przebieg tych ognisk może być następujący: mogą ulec zupełnemu wessaniu, zbliznowaceniu lub ulec procesowi wytwórczemu z wydalaniem mas serowatych. Różnorodność i charakter opisanych ostatnio postaci chorobowych nastręcza dużo trudności co do ich klasyfikacji. Trudności te dadzą się usunąć dopiero po dokładnem zbadaniu nagromadzonego materjału klinicznego, który wyjaśni i utrwali spostrzeżenia ostatnich lat.

P r o t o k ó ł N a d z w y c z a j n e g o P o s i e d z e n i a z dnia 21 marca 1931 roku, zwołanego na wyrażone pisemne życzenie członków Towarzystwa.

1. Kol. L. P a s z k i e w i c z powtórzył odczyt p. t.: *„Powstanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska anatomopatologicznego"*.

2. Kol. K. D ą b r o w s k i powtórzył swój odczyt p. t.: *„Powstawanie i rozwój gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego"*.

SPRAWY ZAWODOWE.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. U. 1787/31.

Warszawa, dnia 27 kwietnia 1931 roku.

Okólnik Nr. 68.

W sprawie zniżenia płac funkcjonarjuszy komisyj uzdrowiskowych.

Do Panów Wojewodów w Białymstoku, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Lwowie, Stanisławowie, Tarnopolu, Poznaniu i Warszawie.

W związku ze zniżeniem z dniem 1. V. 1931 r. płac funkcjonarjuszy państwowych w drodze cofnięcia im pobieranego na podstawie ustaw skarbowych 15% dodatku miesięcznego (okólnik Ministerstwa Skarbu z dnia 13. IV. 1931 L. D. III. 920/I/31), jakoteż wobec analogicznego cofnięcia tego dodatku pracownikom komunalnym (okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 61 z dnia 21 kwietnia 1931 r. Nr. SS. 3269/1) Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oznajmia, iż konieczne jest również analogiczne zmniejszenie płacy funkcjonarjuszy komisyj uzdrowiskowych.

Konieczność analogicznego zmniejszenia płacy powyższych funkcjonarjuszy wypływa w szczególności z potrzeby przeprowadzenia odpowiednich oszczędności w budżecie komisyj uzdrowiskowych oraz równomiernego obniżenia uposażenia wszystkich pracowników, pobierających uposażenie z funduszów publicznych.

Z uwagi na powyższe Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Panów Wojewodów o wywarcie stanowczego wpływu na komisje uzdrowiskowe na podległym obszarze, aby płace funkcjonarjuszy tych komisyj zostały z dniem 1. V. 1931 zniżone w następujący sposób:

1. Uposażenie funkcjonarjuszy komisyj zdrojowych, pobierających je według zasad (grup uposażenia), określonych dla funkcjonarjuszy państwowych, należy zmniejszyć z dniem 1. V. r. b. w drodze zaprzestania wypłacania im wyżej wymienionego 15% dodatku, a to analogicznie do takiego samego zmniejszenia uposażenia funkcjonarjuszy państwowych i komunalnych.

2. Funkcjonarjuszom Komisyj zdrojowych, którzy pobierają na podstawie umowy ryczałtowe wynagrodzenie, należy wymówić pracę przy zachowaniu ustawowego względnie umownego terminu wypowiedzenia i zawrzeć z nimi z upływem tego terminu nową umowę, przyczem dotychczasowe ich uposażenie należy zmniejszyć o 10—15%.

3. Zarządzenia, o których wyżej mowa pod 1 i 2, odnoszą się również do funkcjonarjuszy względnie pracowników przedsiębiorstw względnie instytucyj, prowadzonych przez Komisje uzdrowiskowe, nie dotyczą jednak sezonowych pracowników tych Komisyj względnie prowadzonych przez nie przedsiębiorstw i instytucyj.

Oszczędności, powstałe na skutek wykonania niniejszego okólnika, należy przeznaczyć na zwiększenie wydatków inwestycyjnych.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi w końcu Panów Wojewodów o odpowiednie do niniejszego zarządzenia zmniejszenie w niezatwierdzonych jeszcze budżetach Komisyj uzdrowiskowych kwot, przeznaczonych na wydatki personalne.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia: *Dr. Piestrzyński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej urządził uroczystą akademję ku czci Ś. p. Dra Med. Kazimierza Dłuskiego w sali Warszawskiego Towarzystwa Naukowego w Warszawie, ul. Śniadeckich 8, w niedzielę dnia 31 maja 1931, o godz. 12 w południe. Przemówienia wygłosili: 1. Dr. Z. Srebrny, prezes Polsk. Taw. Med. Społ. — Zagajenie. — 2. Dr. Czesław Wroczyński, Naczelnik Wydziału zdrowia magistratu m. st. Warszawy: „Dr. Kazimierz Dłuski jako człowiek i lekarz". 3. Minister Leon Wasilewski: „Działalność polityczna dra K. Dłuskiego". 4. Prof. Henryk Rygier: „Dr. Dłuski jako Prezes Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych".

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne. Posiedzenie naukowe Polskiego Towarzystwa O-toLaryngologicznego odbyło się w czwartek 28 maja o godz. 8-ej wiecz. w Zakładzie Leczniczym Dr. Czarneckiego, Zgoda 8. Porządek dzienny: 1. Demonstracje chorych. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 3. Dr. Ambaszówna i Dr. Srebrny: Pokaz preparatu wady rozwojowej przełyku u noworodka. 4. Sprawa zorganizowania wspólnego posiedzenia naukowego członków sekcji łódzkiej i warszawskiej dn. 28—29 czerwca r. b. 6. Wolne wnioski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, Towarzystwo Chirurgów Polskich, Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie i Towarzystwo Lekarskie Siedleckie, urządziły Uroczystą Akademję ku czci ś. p. Profesora Bronisława Sawickiego, która odbyła się w dniu 2 czerwca 1931 r. o godz. 8-mej wieczorem w Sali Posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (Niecała 7). Program Akademii. 1) A. Leśniowski. Ś. p. Bronisław Sawicki jako lekarz i profesor Uniwersytetu. 2) W. Łapiński. Działalność lekarsko społeczna ś. p. Bronisława Sawickiego. 3) J. Bączkiewicz. Kartka z działalności ś. p. Prof. Br. Sawickiego jako obywatela i filantropa. 4) W. Szumlański. Działalność ś. p. Dra Bronisława Sawickiego, jako członka Redakcji Gazety Lekarskiej. 5) A. Jarosiński. Ś. p. Br. Sawicki — pierwszy członek honorowy Towarzystwa Lekarskiego Siedleckiego. 6) L. Paczóski. Ś. p. Br. Sawicki jako syn Podlasia.

Komitet Organizacyjny IV. Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich zawiadamia, że Zjazd odbędzie się w Warszawie dn. 1 i 2 listopada r. b. Tematy programowe: I. Dur brzuszny: a) bakterjologja i serologja — ref. Prof. Dr. L. Padlewski (Poznań), b) epidemjologja i profilaktyka — Dr. M. Kacprzak; (Warszawa). II. Bakterjologja i patogeneza zakażeń dróg oddechowych: a) bakterjologja i patogeneza grypy — ref. Prof. Dr. Gieszczykiewicz (Kraków), b) bakterjologja zapaleń płuc — ref. doc. Dr. F. Przesmycki (Warszawa), c) przewidziany jest referat o patogenezie zakażeń dróg oddechowych. Tematy referatów, stojących w związku z tematami programowemi, również tematy referatów pozaprogramowych, uprasza się kierować do dnia 1-go października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu — Warszawa ul. Nowogrodzka 82, Miejski Instytut Higjeny, Sekretarz Zjazdu Dr. A. Ławrynowicz. Na wypadek większej liczby referatów zgłoszonych Komitet ze względu na ograniczony czas trwania Zjazdu, rezerwuje sobie prawo wyboru referatów, które będą mogły być wygłoszone na posiedzeniach. Reszta referatów będzie ogłoszona w pamiętniku Zjazdu. Jedna osoba nie może zgłaszać więcej niż 2 referaty. Komitet czyni starania zorganizowania sekcji mikrobiologji ogólnej. Za Komitet Organizacyjny Zjazdu: (—) *R. Nitsch,* Przewodniczący. (—) *A. Ławrynowicz,* Sekretarz.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 3. czerwca b. r. odbyło się o godzinie 7 wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr. E. Rosenhauch: Nasadki szklanne noszone pod powiekami zamiast okularów (z demonstracjami). 2) Demonstracje z Kliniki Lekarskiej U. J. Dr. Szczeklik i Dr. Bincer: 3 przypadki ropni płuc. III. Demonstracje z I Kliniki medycznej U. J. IV. Demonstracje z Oddziału chorób nerwowych szpitala św. Łazarza.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVI. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 22. maja b. r. o godzinie 6-ej wieczorem z następującym porządkiem dziennym: Na wstępie Komisarz Kasy chorych powitał przybyłych Gości. Poczem Kol. Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne o ś. p. Kol. M. Andruszewskim. Pamięć Zmarłego uczcili zebrani przez powstanie. Następnie zawiadomił Przewodniczący o zaproszeniu na zjazd psychjatrów i pedjatrów oraz o walnem zgromadzeniu Tow. Lek. b. Galicji, które odbędzie się 14. VI. b. r. o godzinie 10-tej rano w Morszynie. 1) Kol. A. Karczyński wygłosił wykład p. t.: Wartość pracy poradni przeciwgruźliczych w świetle cyfr. W dyskusji przemawiali Kol. Węgrzynowski, Hornung, Pisek, Danielski, Gąsiorowski, Grabowski, Tomanek, Czoban-Sandauerowa. Odpowiedział Kol. Karczyński. 2) Kol. Z. Tomanek wygłosił wykład p. t.: O odczynie oddechowym w gruźlicy płuc. W dyskusji przemawiali Kol. Tyszka, Węgrzynowski i Karczyński. Odpowiedział Kol. Tomanek.

V. Polski Zjazd Stomatologiczny we Lwowie od soboty 27 czerwca 1931 r. do środy 1 lipca 1931 r. włącznie. Komunikat III. Adres Biura Zjazdowego i Komitetu Organizacyjnego przed Zjazdem: Lwów, ul. Zielona 5a, w czasie Zjazdu: Instytut Technologiczny, ul. Boularda 5. — Organizacja Zjazdu: Przewodniczący Zjazdu: Prof. dr. Antoni Cieszyński. Komitet Organizacyjny: Przewodniczący: Dr. Henryk Allerhand, Generalny sekretarz: Dr. M. Brill, Skarbnik: Dr. Karol Atlas. Członkowie: Drowie: Baranowski, Gorczyński, Miłkowski, Nacher, Owiński, Senensieb i Szafran. — Sekcje: I. Sekcja propagandy Zjazdu: Dr. Allerhand, dr. Berger, dr. Brill, dr. Owiński Tadeusz. II. Sekcja kwaterunkowa i wycieczkowa: Dr. Nacher, dr. Bongowa, dr. Dattner, lek. dent. Majewska, lek. dent. Wisłouchowa. III. Sekcja naukowa: Prof. Cieszyński, dr. Bardaszówna, dr. Gorczyński. IV. Sekcja finansowa: Dr. Atlas, dr. Katzner. V. Sekcja gospodarcza (sale wykładowe, aparaty projekcyjne): Dr. Miłkowski, dr. Bleichfeld. VI. Sekcja wystawowa: A) Wystawa naukowa: Prof. Cieszyński, dr. Owiński Tadeusz. B) Wystawa przemysłowa: Dr. Miłkowski, dr. Herzer, dr. Kwiatkowski, dr. Owiński Tadeusz. VII. Sekcja redakcji Pamiętnika: Dr. Allerhand i Komitet Redakcyjny Polskiej Stomatologii. VIII. Komitet Pań: Antoniowa Cieszyńska i grono pań. IX. Komitety miejscowe poza Lwowem: 1. Warszawa: Prof. dr. Hilary Wilga, Kopernika 12, przewodniczący; Prof. dr. Cybulski, zastępca przewodniczącego; lek. dent. Stanisław Bloch, Miodowa 6, sekretarz; lek. dent. Mokrzycki, skarbnik. Członkowie: lek. dent. Blikle, dr. Brennejsen, lek. dent. German, dr. Jankowski, lek. dent. Krakowski, lek. dent. Mesz, lek. dent. Orłowski, lek. dent. Sachs, lek. dent. Stokowski, lek. dent. Ujejski i lek. dent. Urbańska-Filipowiczowa. — 2. Kraków: Dr Józef Wodniecki, przewodniczący; dr. Maurycy Haber, zastępca przewodniczącego; dr. Jerzy Drozdowski, Lubicz 9, sekretarz. — 3. Lublin: Dr. Adam Brzeziński, Krakowskie Przedmieście 51, przewodniczący; członkowie: lekarze dentyści: Fajerstein, Horowitz, Solonowicz i Tabacznik. —

4. Łódź: Dr. Sadokierski Jerzy, Piotrkowska 164 i lek. dent. Marja Libera, Sienkiewicza 53. — 5. Poznań: Dr. Bolesław Cylkowski, Ratajczaka 40, przewodniczący; lek. dent. Szulc-Rembowski, ul. 27 grudnia 20, sekretarz. Członkowie: lek. dent. Spiżewski, lek. dent. Tomaszewski, dr. med. dent. Zydorowicz i zast. prof. dr. med. dent. Jarząb. — Okręg Śląski: Dr. med. dent. Klemens Babilski, Szopienice, skrytka 7. — 6. Wilno: w stanie organizacji.

Tymczasowy program Zjazdu: Posiedzenia Organizacyj: Sobota 27 czerwca: o godz. 10. Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych: o godz. 11. Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.; o godz. 16.30. Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lek. Dent. Rzp. Pol.; o godz. 21. Zapoznanie się członków Zjazdu w hotelu George'a.

Niedziela 28 czerwca: o godz. 8.30. Nabożeństwo w Katedrze, albo w kościele św. Mikołaja i w Templum gminy wyznaniowej żydowskiej, przy ul. Żółkiewskiej; o godz. 10. Uroczyste otwarcie Zjazdu i uroczystość jubileuszu 25-letniej pracy Prof. Antoniego Cieszyńskiego i 20-letniego jubileuszu Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej — w gmachu Uniwersytetu J. K. ul. Marszałkowska; o godz. 13.30. Wspólna fotografja w auli i przed gmachem uniwersyteckim; o godz. 15.30. Otwarcie Wystawy naukowej i przemysłowej w instytucie Technologicznym przy ul. Bourlarda 5; o godz. 20.30. Raut wydany przez Związek Stomatologów Lw. Izby Lek. i Komitet Organizacyjny Zjazdu w salach reprezentacyjnych Uniwersytetu J. K.

Poniedziałek, wtorek i środa (29, 30 czerwca i 1 lipca). Demonstracje kliniczne i posiedzenia naukowe Zjazdu. Od godz. 8—9.30. Demonstracje kliniczne (zob. program szczegółowy); od godz. 10—13. Posiedzenia naukowe w sali Instytutu Technolog. (od 10—12 tematy główne, od 12 tematy wolne); od godz. 15—17.30. Posiedzenia naukowe — ewentualnie w sekcjach (zob. program szczegółowy); od godz. 17.45. Zwiedzenie zakładów lekarskich uniwersyteckich i zwiedzanie miasta. — Wieczorem: Poniedziałek 29. 1. Teatry (Opera, dramat, komedja); 2. Demonstracje filmów naukowych w Instytucie Techn. Wtorek 30. Bankiet reprezentacyjny w hotelu George'a, (sala główna) o godz. 20.30. (Udział w bankiecie wraz z winem 20 zł). Środa 1. lipca: o 17-tej zamknięcie Zjazdu w Instytucie Technologicznym. Wybór stałej Delegacji i ukonstytuowanie się w nowym składzie. Ewentualnie demonstrowanie filmów naukowych od godz. 20-ej. Od czwartku 2. lipca: Wycieczki, które będą podane w osobnym programie.

Tymczasowy program naukowy: (Poniżej podane są wykłady zgłoszone do dnia 28. marca 1931). Tematy główne: I. Szkolna Opieka Dentystyczna: Referent: dr. Brill i zgłoszeni do tematu głównego: lekarz dent. Andrzej Kopczyński, lek. dent. Piekucki, dr. Gondzik, dr. Nacher, dr. Allerhand. — II. Organizacja pomocy dentystycznej w Kasach Chorych. Zgłoszone wykłady: dr. Szafran, lek. dent. Stachowski. — III. Tayloryzacja pracy dentystycznej w praktyce prywatnej i w ambulatorjach instytucyj społecznych, referent prof. Cieszyński. Zgłoszone wykłady: lek. dent. Jan Ligęza.

Zgłoszono Wykłady do tematów głównych: 1. Dr. M. Brill, Lwów, Szkolna opieka dentystyczna w kraju i zagranicą; 2. Lek. dent. Andrzej Kopczyński, Warszawa: Stan opieki lekarsko-dentystycznej, stan uzębienia dziatwy i młodzieży szkolnej w szkołach okręgu warszawskiego, Warszawa, woj. Warszawskie i Białostockie. 3. Lek. dent. Piekucki, Poznań: Próchnica zębów i inne schorzenia jamy ustnej i zębów u dzieci szkolnych. 4. Dr. Gondzik, Królewska Huta: Szkolna opieka dentystyczna na Śląsku. 5. Dr. Nacher, Lwów: Zadania opieki społecznej i prywatnej przy leczeniu jamy ustnej u dziecka w wieku szkolnym i przedszkolnym (krytyka stosunków istniejących i projekty na przyszłość). 6. Dr. Allerhand, Lwów: Statystyka pomocy stomatologicznej dla studentów lwowskich szkół akademickich. 7. Dr. Szafran, Lwów: Organizacja pomocy dentystycznej w Kasach Chorych. 8. Lek. dent. Stachowski, Katowice: Kliniczna opieka dentystyczna przy Spółce Brackiej. 9. Prof. Cieszyński, Lwów: Tayloryzacja pracy w ambulatorjach Kas Chorych, w klinikach szkolnych i w praktyce prywatnej. 10. Lek. dent. Jan Ligęza, Inowrocław: O prowadzeniu statystyki chorób stomatologicznych. 11. Lek. dent. Jan Ligęza, Inowrocław: O organizacji pracy w pojęciu przeciwgnilnem i aseptycznem.

Zgłoszono wykłady na tematy wolne: 1. Anatomja, fizjologja, biologja. Prof. dr. Antoni Cieszyński: Statyka szczęk na podstawie badań roentgenowskich, wpływ mięśni na kościec twarzowy i na układ szeregu zębów. Lek. dent. Jan Gombiński, Warszawa: O żywotności zęba pozbawionego miazgi. Dr. Hrynkiewiczowa, Poznań: Wpływ środków fosforowo wapniowych na strukturę zębów. — 2. Patologja i terapja ogólna. Prof. dr. Zalewski, Lwów: O twardzieli w jamie ustnej. Dr. Henryk Allerhand, Lwów: Reumatyzm a zakażenie ustne. Zast. prof. dr. med. dent. Józef Jarząb, Poznań: Kilka dokładnie zbadanych przypadków klinicznych o wyraźnej etjologji zakażenia śródustnego. Dr. Szusterówna Helena, Lwów: Adamantinoma u podstawy czaszki. Dr. Henryk Gorczyński: Lwów: Zmiany w obrazie krwi przy sprawach zapalnych w szczękach i podczas leczenia ropowic. Dr. Henryk Gorczyński, Lwów: Zmiany w jamie ustnej przy białaczce (z pokazem preparatów mikroskopowych i mikroskopowych sekcyjnych). Lek. dent. Zakrzewska, Warszawa: W sprawie etjologji próchnicy zębów. Dr. Adela Bardaszówna, Lwów: Kilka przypadków nadliczbowości i niedostatecznej liczby zębów. — 3. Dentystyka zachowawcza i terapja dentystyczna. Zast. prof. dr. med. dent. Józef Jarząb, Poznań: Fizjologiczne podstawy leczenia korzeni. Prof. dr. Mamlok, Berlin: Diathermie in der Zahnheilkunde (diatermja w dentystyce). Wykład będzie tłumaczony na język polski. Zast. prof. dr. Marjan Zeńczak, Warszawa: Leczenie zębów zgorzelinowych i zapalenia miazgi prądem o wysokiej częstotliwości. Dr. Adela Bardaszówna, Lwów: Diatermja w stomatologji z pokazami na chorych. Dr. Karol Atlas, Lwów: Obserwacje kliniczne przy użyciu Penetryny Dra Linki w sprawach zapalenia ozębnej. Dr. Brzeski, Poznań: Dentystyka zachowawcza w codziennej praktyce. — 4. Chirurgja stomatologiczna. Prof. dr. Caesare, Bologna: Leczenie ropowic szczękowych. (Wykład zostanie tłumaczony na język polski). Doc. dr. Władysław Dobrzaniecki: Chirurgiczne schorzenia stawu żuchwowego. Doc. dr. Antoni Dobrzański: Wyjmowanie ciał obcych za pomocą ezofagoskopu. Dr. med. dent. Klemens Zabilski, Szopienice: O replantacji zębów. Dr. Mieczysław Jankowski, Lwów: Pogląd na technikę estrakcyjną w trudniejszych przypadkach w ostatnich 20-tu latach. Lek. dent. Gombiński, Warszawa: O hemoragji i hemostatyce w jamie ustnej. Prof. Cieszyński i dr. Meisels, Lwów: Leczenie radem nowotworów szczęk i języka. — 5. Protetyka i ortodoncja. Dr. Hauptmayer, Essen: Prothesen aus rostfreiem Stahl — Wipla (O dostawkach z nierdzewiejącej stali). Wykład będzie tłumaczony na język polski. Lek. dent. Rutkowski i dr. Kozaryn, Poznań: Ciała obce w przełyku pochodzenia dentystycznego oraz ich ocena ze stanowiska techniki dentystycznej. Zast. prof. dr. Cybulski, Warszawa: O dostawkach podpartych (z pokazem przeźroczy). Prof. dr. A. Cieszyński, Lwów: Próba rekonstrukcji artykulacji zębów na podstawie ekstraoralnych zdjęć rentgenowskich szczęk. Nowy sposób rozwiązania problemu zgryzadła. Lek. dent. Galasińska, Warszawa: O koronie pełnej lanej. Lek. dent. Spiżewski, Poznań: Ulepszenia w ortodoncji aparatami własnego pomysłu. Dr. C. F. Geyer, Berlin: Badania naukowe naturalnych barw zębów i ich stosunku do barwy skóry, włosów i ócz. Sztuczne naśladowanie barwy i kształtu zębów w harmonji z typem twarzowym (modele i obrazy świetlne). Dr. C. F. Geyer, Berlin: Sporządzanie częściowych dostawek kabłąkowych i szkieletowych w jednym odlewie według systemu „Unitor" (modele i obrazy świetlne. — 6. Wykłady różne: Dr. Mischke, Zakopane: Eschatologja stomatologiczna. — Demonstracje: 1. Znieczulenia wykluczające przewodnictwo nerwu: a) Znieczulenie mandybularne intra- i ekstraoralne; b) Znieczulenie nerwu podoczodołowego intra- i ekstraoralne; c) Injekcje u podstawy czaszki. Łącznie ze znieczuleniami pokazy trudniejszych ekstrakcyj. 2. Resekcje korzeni. 3. Replantacje zębów. 4. Sterylizacja przewodów korzeniowych zapomocą diatermji (elektrokaustyka i elektrosterylizacja przewodów korzeniowych). 5. Wypełnianie korzeni parafiną i innemi materjałami. 6. Technika rentgenologiczna zdjęć intraoralnych i ekstraoralnych metodą Cieszyńskiego.

Wilno.

VI. Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych odbędzie się w Wilnie dn. 28, 29, 30 czerwca r. b. Tematy zasadnicze: 1) Dr. Sycianko (Wilno). Schorzenia układu nerwowego i sfery psychicznej wśród pracowników P. K. P. 2) Dr. Uniastowski (Wilno). Odmy sztuczne i leczenie odmami w Wileńskiej Dyr. Kol. 3) Dr. Miedziszewski (Bydgoszcz). Szczepienia ochronne przeciw błonicy i płonicy. 4) Dr. Żebrowski (Wilno). O pomocy akuszeryjnej w kolejnictwie w Związku z ochroną zdrowia matki i dziecka. 5) Dr. Karnicki (Wilno). Związek przyczynowy pomiędzy gruczołami dokrewnemi a rakiem. I. dzień Zjazdu g. 12-a. Otwarcie Zjazdu i obrady; g. 19-a. Wspólny obiad. II. dzień Zjazdu: 9-a. Zwiedzanie miasta; g. 14-a. Wyjazd do Kalwarji i Wilna. III. dzień Zajzdu: g. 9-a. Dalszy ciąg obrad w szpit. kol. na Wilczej Łapie; g. 13-a. Wyjazd do Sandwanowa i Trok.

Redakcja otrzymała:

Społeczne Sanatorja przeciwgruźlicze w Polsce. Bibljoteczka „Wiadomości Kas chorych". Nr. 2. Warszawa 1931.

Bureau international du travail. „Bibliographie d'hygiène industrielle". vol. V, nr. 1, mars 1931.